nakład 16 040 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2021

6/184

listopad-grudzień

Niech się spełnią dobre życzenia...

W numerze m.in.:

Rozmowa z prezesem ORL Robertem Stępniem – J. Hodor i S. Ciepły (5)

Zielone światło dla szczepień dzieci – K. Domin (11)

O związkach osteoporozy z COVID-19 – J. Sieradzka (13)

Kardiologia prewencyjna 2021 – relacja z dorocznej konferencji – J. Hodor (15)

Lekarz astronom – portret lekarza z pasją – K. Domin (17)

125 lat polskiej radiologii na wystawie w Domu Technika w Krakowie (23)

Przyczyny nasilania się interakcji leków – dr hab. J. Woroń i prof. R. Korbut (25)

Polski Ład – wstęp do analizy tego, co nas czeka w 2022 roku – mec. T. Pęcherz (30)

Na karnawał w Wenecji i nowe przedstawienie w Teatrze STU zaprasza M. Huzarska-Szumiec (39)

Anna Wazówna – królewna lekarka – ostatni tekst B. Kaczkowskiej (44)

Pożegnania: dr Kazimiera Jakób-Doleżal, lek. dent. Jan Rosiewicz (49)

Nasza okładka

Kraków, 28 listopada 2021 r.
Fot. Arek Domin

XLI Okręgowy Zjazd Lekarzy

Dobiega końca VIII kadencja samorządu. Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie odbędzie się 26 marca (w sobotę) 2022 r., w hotelu Premier przy ul. Opolskiej 14a w Krakowie – oczywiście, jeśli nie nastąpi pandemiczny kataklizm. Zjazd będzie miał charakter sprawozdawczo-wyborczy. Zostaną przedłożone m.in. sprawozdania ORL, OROZ i OSL za czteroletnią kadencję, będzie też podejmowana decyzja o udzieleniu absolutorium, zostaną wybrane władze OIL na kolejną kadencję (okręgowa rzecznik lek. dent. Anna Kot i okręgowy sędzia prof. Waldemar Hładki kończą drugą kadencję i nie będą kandydować). (Rozmowa z prezesem ORL Robertem Stępniem na str. 5)

W Zjeździe może uczestniczyć 226 Delegatów, wybranych wg zasady jeden na 50 lekarzy. Lista imienna nie jest jeszcze zamknięta, trwają wybory uzupełniające.

Krajowy Zjazd Lekarzy, organizowany po raz XV, odbędzie się w dniach 12-14 maja w Warszawie. W jego programie także wybory nowych władz samorządu.

Nadciąga Omikron

Kiedy piszemy te słowa, Europa przygotowuje się do ataku kolejnego wariantu koronawirusa SARS-CoV-2, nazwanego Omikron a pochodzącego z Afryki Pd. Mutacja ta może być bardziej zakaźna od wcześniejszych i bardziej oporna na działanie szczepionek. Ich producenci oświadczyli, że na stworzenie preparatów skutecznych także przeciw temu wariantowi potrzebują ok. trzech miesięcy.

Tymczasem śmiertelne żniwo zbiera dobrze już znana Delta. Pod koniec listopada liczba zgonów z powodu COVID-19 na całym świecie przekroczyła 5,2 mln, w Polsce do tego czasu zmarły ponad 83 tys. osób. Każdego dnia padał kolejny rekord hospitalizacji w IV fali epidemii, a polski rząd, ciesząc się, że łóżek i respiratorów nie brakuje, czasowo zakazał lotów do kilku afrykańskich krajów, zaostrzył zasady kwarantanny dla podróżujących po świecie i część covidowych limitów.

Szczepionkowi przestępcy

W Polsce ujawnianych jest coraz więcej przypadków fałszowania certyfikatów covidowych. Jednym z najbardziej bulwersujących, jak do tej pory, był nagłośniony przez telewizję TVN proceder sprzedaży paszportów covidowych w prywatnej przychodni w podkrakowskim Zabierzowie, gdzie za odpowiednią kwotę można było dostać oryginalny certyfikat i wpis do rejestru osób zaszczepionych bez przyjęcia szczepionki.

Szczepienia nie są obowiązkowe, więc ludzie (jak ustalili reporterzy TVN – co najmniej kilkaset osób), którzy kupowali certyfikaty, czynili to wyłącznie w celu oszukania otoczenia, narażając zdrowie i życie innych.

Sprawą zajęły się już organy ścigania. Zdaniem wielu osób, medycy, którzy dopuszczają się takiego przestępstwa, powinni na zawsze utracić prawo wykonywania zawodu.

Dla Niepodległej i dla siebie

Z okazji Święta Niepodległości 11 listopada wojewoda małopolski wspólnie z Muzeum Krakowa i Szpitalem MSWiA zaprosili krakowian i turystów na szczepienia w otoczeniu Barbakanu. Hasło akcji brzmiało „Szczepimy się dla Niepodległej", ale chyba względy patriotyczne nie są tu najistotniejsze. Można było bezpłatnie, choć nie bez kolejki, zaszczepić się nie tylko przeciw COVID-19, ale także przeciwko grypie, jeśli ktoś miał uprawnienia do darmowej szczepionki przeciw tej chorobie.

Jerzy Sawicz

Dodatkowym bonusem dla wszystkich, którzy w tej wyjątkowej scenerii skorzystali ze szczepień, jest możliwość bezpłatnego obejrzenia tegorocznej wystawy krakowskich szopek w Pałacu Krzysztofory, która prezentowana będzie do 27 lutego.

Wojewoda podkarpacki pragnącym się zaszczepić przeciwko koronawirusowi udostępnił w dwa kolejne weekendy listopada własną siedzibę, a właściwie siedzibę Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego przy ul. Grunwaldzkiej w Rzeszowie. Zainteresowani mogli wybrać szczepionkę jednorazową lub dwukrotnego podania. Możliwe było także wykonanie szczepienia przypominającego, trzecią dawką.

82. rocznica Sonderaktion Krakau

6 listopada na krakowskich uczelniach obchodzony jest Akademicki Dzień Pamięci, podczas którego wspomina się jedno z najsmutniejszych wydarzeń w historii krakowskiej nauki – aresztowanie w 1939 r. przez gestapo, a następnie wywiezienie do obozów koncentracyjnych 183 profesorów i nauczycieli akademickich, w tym 155 pracowników Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kilkunastu z nich straciło tam życie. Niektórzy jednak odzyskali wolność, m.in. dzięki staraniom doc. Vilima Frančića, lektora języka serbskochorwackiego na UJ, również aresztowanego podczas Sonderaktion Krakau, który po opuszczeniu obozu zabiegał o uwolnienie polskich naukowców, angażując w te działania ambasadora Jugosławii Ivo Andrića. Właśnie pamięci Frančića poświęcony był wykład prof. Macieja Czerwińskiego, slawisty, wygłoszony 6 listopada br. w auli Collegium Novum UJ, podczas głównych uroczystości Akademickiego Dnia Pamięci.

Tradycyjnie w tym dniu złożono też kwiaty na mogiłach profesorów na cmentarzach Rakowickim i Salwatorskim oraz pod tablicami pamiątkowymi w koszarach przy ul. Wrocławskiej, w Collegium Novum oraz Dębem Wolności.

Nowe możliwości Szpitala im. Jana Pawła II

P. Mazur

23 listopada w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II uroczyście zainaugurowało działalność Interdyscyplinarne Centrum Leczenia Zaawansowanej Niewydolności Narządowej. Centrum tworzą Regionalny Ośrodek Leczenia Niewydolności Serca z Centrum Ambulatoryjno-Telemedycznym, kierowany przez prof. Jadwigę Nessler, oraz Regionalny Ośrodek Leczenia Chorób Wątroby i Chorób Współistniejących, którym ma kierować prof. Lidia Tomkiewicz-Pająk.

Projekt uruchomienia takiego Centrum powstał w 2015 r. Celem jest zwiększenie dostępności oraz jakości usług zdrowotnych w zakresie kardiologii i chorób wątroby dla mieszkańców Małopolski. Inwestycja umożliwi prowadzenie terapii pomostowej pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca lub wątroby czekających na przeszczep i przygotowywanych już do transplantacji.

(źródło: szpitaljp2.krakow.pl)

Lekarze Nadziei dla ubogich

W dniach 12-14 listopada w Archidiecezji Krakowskiej obchodzono 5. Światowy Dzień Ubogich, ustanowiony przez papieża Franciszka w roku 2016 po to, by pomagać osobom w kryzysie bezdomności, a także uwrażliwić społeczeństwo na ich problemy. W Krakowie w tych dniach osoby potrzebujące mogły skorzystać z porad prawnych, socjalnych i doradztwa zawodowego, a także porad lekarskich udzielanych przez wolontariuszy z Fundacji Przystań Medyczna oraz Stowarzyszenia Lekarze Nadziei. W Przychodni dla Bezdomnych i Ubogich prowadzonej przez SLN przy ul. Smoleńsk udzielono łącznie 56 konsultacji lekarskich, głównie internistycznych, ale też chirurgicznych, neurochirurgicznych, psychologicznych, pulmonologicznych czy kardiologicznych. Każdy z pacjentów otrzymał za darmo, zgodnie z rozpoznaniem, celowane leczenie farmakologiczne. Ponadto w Przychodni wykonano 11 szczepień przeciw COVID-19, badania EKG oraz liczne zabiegi medyczne i opatrunki. Pacjentom przedstawiono również prezentację na temat „Choroby skóry – leczenie i zapobieganie".

Obchodom tegorocznego Światowego Dnia Ubogich towarzyszyły m.in. warsztaty plastyczne i teatralne oraz rozgrywki szachowe. Odprawiona została także msza w Bazylice Mariackiej, po której potrzebujący otrzymali paczki z darami.

Laboratorium mieszanej rzeczywistości UJ CM

Z końcem października otwarto Laboratorium Mieszanej Rzeczywistości UJ CM, w którym studenci mogą poznać nowoczesne technologie obrazowania medycznego i przetwarzania trójwymiarowych obrazów, a także eksperymentować z wysokiej wierności modelami 3D. W jego prezentacji udział wzięli m.in. prof. Tomasz Grodzicki, prorektor UJ ds. CM, prof. Dariusz Dudek z Instytutu Kardiologii UJ CM oraz dr inż. Klaudia Proniewska z Zakładu Bioinformatyki i Telemedycyny UJ CM.

Mieszaną rzeczywistość wykorzystano w CM UJ już w marcu 2018 r., kiedy to zespół prof. Dudka przeprowadził w Szpitalu Uniwersyteckim pionierską operację z wykorzystaniem okularów mieszanej rzeczywistości w procesie planowania zabiegu leczenia ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej (ASD). „Technologia HoloLens pozwala nam zobaczyć narządy w trójwymiarze. Możemy dostrzec rzeczywiste struktury przedsionka i precyzyjniej zaplanować zabieg pod względem możliwości przemieszczania się naszych urządzeń. Najważniejsze, że urządzenie obsługujemy bez dotykania ekranu, ponieważ okulary reagują na ruch ręki i komendy głosowe" – wyjaśniał wówczas prof. Dudek.

(źródło: www.cm-uj.krakow.pl)

„Lekarze jak z bajki" na 2022 rok

Na zdjęciu lek. Joanna Wyka i lek. Joanna Włodarczyk ze Szpitala im. J. Dietla, fot. B. Siedlik

W połowie listopada w Teatrze Groteska w Krakowie odbyła się sesja zdjęciowa do charytatywnego kalendarza „Lekarze jak z bajki", podczas której w postacie z bajek wcielili się medycy z małopolskich szpitali zaangażowanych w walkę z pandemią koronawirusa. Na kartach tegorocznej edycji – bo podobny kalendarz ukazał się już w poprzednim roku – zobaczymy prof. Ewę Czarnobilską i prof. Annę Sowę-Staszczak ze Szpitala Uniwersyteckiego, dr Elżbietę Plutę z Centrum Onkologii, dr Iwonę Hajdyłę-Banaś, dr Joannę Włodarczyk i dr Joannę Wykę ze Szpitala im. J. Dietla, dr hab. Annę Chrapustę ze Szpitala im. Rydygiera, dr Katarzynę Moskałę i dr. Szymona Pietruszkę ze Szpitala im. Żeromskiego, dr. Bartosza Frączka ze Szpitala Ujastek, a także dr. Michała Zabojszcza, dyrektora szpitala MSWiA, Piotra Staszaka – zastępcę dyrektora Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika, oraz Elżbietę Ptak z Centrum Medycznego LuxMed.

Zdjęcia do kalendarza, którego pomysłodawcą jest doktor Marcin Mikos, prezes Zarządu Fundacji Zdrowia Publicznego, wykonał krakowski fotograf Bartosz Siedlik. Opiekę artystyczną nad projektem sprawowali Małgorzata Zwolińska i dyrektor Teatru Groteska Adolf Weltschek.

Kalendarz będzie można kupić od 15 grudnia m.in. za pośrednictwem strony Fundacji Zdrowia Publicznego. Dochód z internetowej sprzedaży przeznaczony zostanie na wsparcie szpitali.

Neurolodzy z Diamentowym ESO Angels

W Europie co 30 minut ktoś umiera lub staje się kaleką, ponieważ nieprawidłowo leczono u niego udar mózgu. Dlatego aby wyróżnić zespoły oraz osoby zaangażowane w doskonalenie opieki nad pacjentami z udarem mózgu i leczące udar najskuteczniej, powstały ogólnoświatowe nagrody ESO i WSO. W tym roku wśród nagrodzonych znalazł się Oddział Kliniczny Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, kierowany przez prof. Agnieszkę Słowik. Oddział otrzymał Diamentowy (najwyższy) status Nagrody ESO ANGELS 2021. Przysługuje on jednostkom, w których ponad 90 proc. pacjentów z udarem jest diagnozowanych i leczonych zgodnie z najwyższymi standardami.

(źródło: www.cm-uj.krakow.pl)

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy ma nowego dyrektora

Dr hab. Wojciech Cyrul, prof. UJ został nowym dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie.

Prof. Cyrul jest absolwentem UJ, zatrudnionym jako profesor na Wydziale Prawa i Administracji UJ. Jest też członkiem Rady Nadzorczej Jagiellońskiego Centrum Innowacji, założycielem i organizatorem Centrum Badań Klinicznych, którego przez klika lat był także dyrektorem. W przeszłości wykładał również na kilku zagranicznych uczelniach i pracował w spółkach sektora medycznego. Ma również dorobek naukowy.

Nowy dyrektor staje przed trudnym zadaniem – USD jest w złej kondycji finansowej i kadrowej – wypowiedzenia złożyło w tym szpitalu kilkudziesięciu lekarzy. Przypomnijmy, iż właśnie z powodu kryzysu w tej placówce i braku wsparcia, które pozwoliłoby zbilansować działalność szpitala, złożył rezygnację poprzedni jego dyrektor, prof. Krzysztof Fyderek.

Gloria Medicinae dla prof. T. Grodzickiego

22 października na Zamku Królewskim w Warszawie odbyła się uroczysta gala, podczas której wręczono najwyższe wyróżnienia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – Medale Gloria Medicinae, przyznawane corocznie 10 wybitnym przedstawicielom polskiego środowiska lekarskiego. W gronie nagrodzonych za rok 2019 był prof. Tomasz Grodzicki, prorektor UJ ds. CM.

Medal nadawany jest „za ofiarną służbę ludziom, za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia, za podtrzymywanie honoru i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra Polskiego Towarzystwa Lekarskiego".

Pióro Businessu dla dr. J. Friedigera

22 listopada prezydent Krakowa Jacek Majchrowski wręczył statuetki „Pióro Businessu" przyznawane przez Stowarzyszenie Małych i Średnich Przedsiębiorstw „Krak-Business". Jednym z laureatów tegorocznej edycji został **dr Jerzy Friediger**, dyrektor Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie, członek władz samorządu lekarskiego, który otrzymał nagrodę honorową za „godne wykonywanie sztuki lekarskiej z najwyższym szacunkiem dla zdrowia i życia pacjentów, aktywność społeczną i efektywny pragmatyzm w zarządzaniu Szpitalem im. Stefana Żeromskiego w Krakowie".

Serdecznie gratulujemy.

Kronika personalna

Prof. Katarzyna Stolarz-Skrzypek, specjalista chorób wewnętrznych, hipertensjologii i kardiologii, kierownik Poradni Kardiologii, Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego w I Klinice Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego SU, została nowym dyrektorem Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, zastępując na tym stanowisku prof. Magdalenę Strus.

Szkoły doktorskie to nowa instytucja, powołana w wyniku ostatniej reformy szkolnictwa wyższego. Zgodnie z decyzją ówczesnego rektora prof. W. Nowaka, na UJ powstały cztery szkoły doktorskie.

Dr Ryszard Wierzbicki, chirurg ogólny i onkologiczny ze Szpitala na Klinach w Krakowie, był jednym z finalistów konkursu Złoty Skalpel 2021, organizowanego przez „Puls Medycyny". Dr Wierzbicki jest liderem projektu „Wizualizacja 3D w rzeczywistości mieszanej danych obrazowania medycznego jako narzędzie wspomagające innowacyjną, minimalnie inwazyjną chirurgię guzów przewodu pokarmowego i leczenie ogólnoustrojowe jako nowa ścieżka spersonalizowanego leczenia zaawansowanych chorób nowotworowych".

Ze smutkiem informujemy, że w wieku 52 lat zmarł **dr Wojciech Serednicki**, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, zastępca kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii SU w Krakowie, pełnomocnik wojewody małopolskiego do spraw intensywnej terapii w czasie pandemii COVID-19, przewodniczący Rady Społecznej MOW NFZ w Krakowie, a także wiceprezes Małopolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Dr Wojciech Mudyna, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie, został nowym pełnomocnikiem wojewody małopolskiego ds. intensywnej terapii w czasie pandemii COVID-19. Doktor Mudyna był pełnomocnikiem zarządu Szpitala im. Rydygiera ds. szpitala tymczasowego w EXPO Kraków.

Rozmowa z Robertem Stępniem, prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

Gdy rzeczywistość przekracza wyobraźnię

Panie Doktorze, dobiega końca VIII kadencja samorządu, tym samym Pańska kadencja na stanowisku prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Każdy czas ma swoje problemy, ale przyszło Panu kierować Izbą w warunkach wcześniej niewyobrażalnych – podczas globalnej pandemii. Można było stawiać sobie ambitne wyzwania, mieć piękne plany, a tu trzeba walczyć o życie. Początki tej kadencji, jeszcze przed pandemią, również były trudne, bo podczas generalnego remontu siedziby Izby.

– To prawda, że mieliśmy wyjątkowo ciężkie te ostatnie lata. Borykaliśmy się z kapitalnym remontem naszej zabytkowej siedziby i jeszcze go dobrze nie skończyliśmy, kiedy wybuchła pandemia, która nie tylko uwypukliła wszystkie znane wcześniej problemy systemu, ale też stworzyła sytuację, z jaką nie mieliśmy nigdy do czynienia. A samorząd lekarski musi się w tym wszystkim odnaleźć, wspierać lekarzy i lekarzy dentystów, walczyć o ich – o nasze interesy oraz o prawa pacjentów. Państwo na początku pandemii nie potrafiło zapewnić nawet najprostszych środków ochrony dla lekarzy i nadal się nie sprawdza, choćby nie egzekwując najbardziej podstawowych obostrzeń związanych z epidemią. Właściwie nie robi nic, tak więc ta nasza walka o życie ma znaczenie nie tylko medyczne.

Zacznijmy od początku. Kiedy obejmował Pan kierownictwo w Izbie, w 2018 roku, trwał remont jej zabytkowej siedziby przy ul. Krupniczej 11a – inwestycja planowana latami, przedsięwzięcie ogromne pod każdym względem. Jak Pan wspomina tamten okres?

– Poświęcaliśmy temu niesamowicie dużo czasu, każde posiedzenie Prezydium ORL zaczynało się od raportu z placu budowy. To były nieustanne narady, konsultacje, dyskusje. Projekt modernizacji budynku przygotowany został ponad 10 lat wcześniej, więc nie uwzględniał nie tylko rozwiązań, które stały się później normą, jak choćby klimatyzacja, winda,

J. Hodor

podnośniki dla wózków inwalidzkich, ale też nowych przepisów i standardów. Utrudnieniem był też nadzór konserwatorski, w wyniku którego dokonaliśmy w projekcie około 200 kolejnych poprawek. Dodam, że wykonano w tej kamienicy ponad 150 odkrywek archeologicznych. To wszystko skutkowało wiecznymi kłótniami z podwykonawcami, bo przy każdej zmianie wysuwali nowe żądania finansowe. A my i tak mieliśmy dodatkowe wydatki – ogromny był na przykład koszt nieplanowanego wcześniej wzmocnienia stropów, by wytrzymały obciążenie, jakim jest archiwum – dziesiątki tysięcy akt, dokumentacja po zmarłych lekarzach, akta Sądu i OROZ, które jako Izba mamy obowiązek przechowywać nawet do 30 lat. Archiwum wymagało też bardzo kosztownych zabezpieczeń, by nie powtórzyła się sytuacja z Archiwum Państwowego w Krakowie, którego sporą część strawił pożar.

Jednocześnie to wszystko nie mogło zaburzać pracy Izby, przez pewien czas – w wynajmowanych biurach. W połowie

K. Domin

2019 roku wróciliśmy na Krupniczą, jednak do tej pory walczymy z fachowcami o poprawki, szeregu usterek nie usunięto, więc wstrzymaliśmy ostatnie płatności. Ale dzięki naszej skrupulatności i nieustępliwości udało się przeprowadzić ten remont bez żadnego kredytu, za nasze własne pieniądze, odkładane przez wiele lat. Dobrze, że zdążyliśmy zakończyć remont przed gwałtownym wzrostem cen, bo dziś nie byłoby nas na niego stać. Z powodu galopującej inflacji odwleka się na razie budowa nowej siedziby dla Delegatury w Przemyślu, lecz mamy działkę, więc jak tylko to będzie możliwe, ruszymy z inwestycją.

„Krupnicza" wygląda imponująco i jest bardzo funkcjonalna, ale i tak słyszy się głosy krytyki – nie ma parkingu…

– W Przemyślu będzie. W Krakowie też chcielibyśmy go mieć… Błąd popełniono w latach 90., kiedy była możliwość kupna za niewielkie pieniądze terenu i kamienicy naprzeciwko, właśnie z parkingiem. Cena tego budynku była bardzo niska, ale ówczesne władze Izby obawiały się zarzutów, że samorząd inwestuje w nieruchomości, zamiast pomagać lekarzom. Szkoda.

Teraz na nieruchomości patrzy się inaczej, więc już za kadencji Pana Prezesa podjęto bardzo intensywne działania w celu odzyskania drugiego zabytkowego budynku należącego przed wojną do krakowskich lekarzy. Jakie są szanse odzyskania kamienicy Pod Gruszką?

– Rzeczywiście, trwają starania o odzyskanie kamienicy Pod Gruszką przy ulicy Szczepańskiej, tuż przy Rynku Głównym. Została kupiona przez samorząd lekarski przed wojną, a dochody z niej miały zasilać fundusz pomocy dla lekarskich sierot. Po wojnie „Gruszka", jak zresztą cały majątek samorządu lekarskiego, została przejęta przez komunistyczne władze. Teraz nawet nie chodzi nam o przywrócenie własności, ale oczekujemy rekompensaty finansowej. Wartość tej kamienicy, oszacowana w audycie, to ok. 35 mln zł. Nie zrezygnujemy z tego majątku, zobowiązał nas do tych działań ostatni Okręgowy Zjazd. Sprawa jest obecnie w Prokuratorii Generalnej, potem zapewne zajmie się nią europejski arbitraż. Niestety, takie spory trwają latami.

Wróćmy do historii VIII kadencji. Na Krupniczej unosił się jeszcze remontowy kurz, ale już planowano skromną uroczystość przecięcia wstęgi. Był marzec 2020 roku – zamiast świętować, Izba musiała podjąć walkę z pandemią.

– Pandemia uderzyła z wielu stron. Już od pierwszych dni organizowaliśmy pomoc dla lekarzy, niedostępne w Polsce środki ochrony osobistej – od rękawiczek, maseczek, środków dezynfekcyjnych po kombinezony. Szczególną troską staraliśmy się otoczyć naszych emerytów i rencistów, którzy nie mogli dostać tego w miejscu pracy. Wszyscy pamiętamy znaczącą darowiznę Fundacji Lekarze Lekarzom i ogromne wsparcie społeczne, ale także z budżetu Izby wydaliśmy na środki ochrony ponad 300 tys. zł. Nie tylko kupowaliśmy sprzęt i przyjmowaliśmy wsparcie, również organizowaliśmy dystrybucję tych materiałów, co nawet bez lockdownu byłoby trudne. Przy okazji wspomnę, że wspaniale spisali się pracownicy Izby.

Niestety, nie wszystkich udało się ochronić. Ilu lekarzy, członków OIL w Krakowie, zmarło na COVID-19?

– Z powodu zakażenia SARS-CoV-2 zmarło dotąd 8 lekarzy i 3 lekarzy dentystów należących do naszej Izby. W skali kraju to ponad 160 lekarzy i lekarzy dentystów. Wielu boryka się także z problemami związanymi z tzw. long covid – wspieramy ich finansowo choćby w części refundacji kosztów niezbędnej rehabilitacji. I nie zapominajmy, że pandemia ciągnie za sobą falę tak zwanych zgonów nadmiarowych, również wśród lekarzy.

Środki ochrony to nie wszystko. Czego potrzebowali i nadal potrzebują lekarze. Jakie jeszcze działania podjęły władze Izby?

– Chyba równie ważna okazała się pomoc psychologiczna, którą uruchomiliśmy bardzo szybko. Problemy natury psychicznej objawiły się gwałtownie na początku pandemii i jesienią 2020 roku, kiedy nastąpił gwałtowny przyrost zachorowań i zgonów. Wybuchła równoległa epidemia – wypalenia zawodowego. Nie było dnia, by ktoś nie szukał pomocy psychologów współpracujących z Izbą w tym zakresie i trudno policzyć, ile osób skorzystało z ich porad, choćby udzielonych przez telefon. Pamiętać należy, że nasza Izba to ponad 18 000 lekarzy i lekarzy dentystów. Dopiero pojawienie się szczepionki uwolniło wielu z nas od panicznego strachu.

Na strach przed wirusem nałożył się jeszcze lęk przed władzą – przymusowym skierowaniem do pracy na oddziałach covidowych. Wojewoda mazowiecki,

niestety lekarz, potrafił o świcie wysyłać do medyków policjantów z nakazem pracy. W Małopolsce nie słyszeliśmy o tak drastycznych przypadkach ani w ogóle o poważnych incydentach związanych z tą akcją. Jak Izba poradziła sobie z tym problemem?

– Przede wszystkim tak długo, jak było to możliwe, nie udostępnialiśmy urzędowi żadnych list lekarzy, mimo wielu ponagleń i grożenia sankcjami. Brałem na siebie pełną odpowiedzialność za ten sprzeciw. Dopiero po zmianie prawa w tym zakresie, nie pozostawiającej nam pola manewru, maksymalnie okrojone dane trafiły do urzędników. Zastrzegliśmy jednak, że jest to jedynie lista nazwisk, bez żadnej weryfikacji określonych przepisami zwolnień z obowiązku świadczenia pracy na takim oddziale – nie mieliśmy obowiązku aktualizowania danych. Jednocześnie naszym lekarzom przekazaliśmy informację o możliwości uzyskania od Izby wsparcia prawnego, gdyby zaszła taka potrzeba.

Jak obecnie ocenia Pan współpracę z władzami Małopolski i Podkarpacia?

– Początkowo było nieciekawie, jednak kiedy nastąpiła zmiana na stanowisku wojewody małopolskiego, a w Urzędzie Marszałkowskim daliśmy się poznać jako dobrzy organizatorzy, ta współpraca zaczęła się lepiej układać, choć zawsze można coś poprawić. Dogadujemy się zarówno w Małopolsce, jak i na Podkarpaciu. Staramy się rozmawiać i dyskutować na argumenty.

Pomoc prawna udzielana przez Izbę ma bardzo szeroki zakres, lekarze nie zdają sobie sprawy, jak jest ważna, dopóki sami jej nie potrzebują.

– To prawda. Na początku pandemii zwracano się do naszych prawników z najróżniejszymi problemami, szukano pomocy nie tylko w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu, ale też w codziennych, życiowych problemach. Tak jest zresztą przez cały czas, choć teraz pojawiają się inne wyzwania, na które chyba nie byliśmy przygotowani. Zakres naszej pomocy dla lekarzy musi się bardzo poszerzyć, objąć nowe obszary.

Co Pan ma na myśli?

– Pandemia spowodowała wyjście z zawodu olbrzymiej grupy lekarzy emerytów – wg szacunków z tego powodu dostępność świadczeń skurczyła się o jakieś 20-25%. Wielu lekarzy emerytów, tych najstarszych, ze względu na zagrożenie pandemiczne, rosnące obciążenie pracą, ale i cyfryzację po wybuchu pandemii zrezygnowało z aktywności zawodowej i nie zamierza już do niej wrócić. I teraz ci lekarze coraz częściej proszą Izbę o wsparcie socjalne oraz o pomoc w załatwieniu codziennych spraw, na przykład gdy podnosi im się czynsz za mieszkanie albo kiedy muszą wymienić licznik prądu. Do tego dochodzi wykluczenie cyfrowe – wystawienie recepty *pro auctore* czy *pro familie* stanowi problem, bo potrzebują recepty papierowej, która praktycznie wyszła z obiegu. Ci lekarze nie chcą już kupować oprogramowania do komputerów, uczyć się nowych procedur. Ujawnia się życiowa bezradność, bowiem po zakończeniu pracy zabrakło ludzi, którzy ich na co dzień otaczali i wspierali w takich sytuacjach. Teraz zostali sami z problemami i z ograniczonymi dochodami. Niestety, jest to coraz bardziej widoczne zjawisko. Średnia wieku lekarzy oscyluje wokół 55-60 lat, więc potrzeby będą rosnąć, a w krakowskiej Izbie już jest ok. 4000 emerytów. Będziemy więc musieli zatrudnić pracowników socjalnych, którzy zajmą się życiowymi problemami najstarszych członków Izby. Nie możemy zostawić ich bez pomocy. Na początku mojej kadencji tego problemu w ogóle nie było.

Zawsze wszyscy członkowie Izby mogli liczyć na pomoc finansową. Czy pandemia zmieniła cokolwiek w tym zakresie?

– Oczywiście, że nie. Stale rośnie liczba przyznawanych zapomóg losowych, mamy zapomogi z tytułu śmierci lekarza, dopłaty szkolne i studenckie, jakiś czas temu wprowadziliśmy zasiłki z tytułu urodzenia dziecka oraz nagrody jubileuszowe dla lekarzy, którzy kończą 90 lat. Za mojej kadencji na zapomogi losowe wydajemy każdego roku ponad 900 tys. zł, na dopłaty szkolne ok. 50 tys. zł, a studenckie – między 70 a 90 tys. zł rocznie. Tak zwane „becikowe" to w ostatnich latach między 280 a 330 tys. zł rocznie. Jeszcze dodam nagrody za bardzo dobrze zdany egzamin specjalizacyjny – średnio to ok. 50 tys. zł rocznie. W sumie, w okresie od 2018 roku do końca października 2021 roku wsparcie finansowe udzielone przez Izbę jej członkom sięgnęło kwoty prawie 6 mln zł. Oczywiście, są to pieniądze pochodzące od wszystkich członków Izby, nasze wspólne.

Wspomniał Pan Prezes o nagrodach za wynik egzaminu specjalizacyjnego. Kształcenie lekarzy to jeden z priorytetów w działalności samorządu. Jaki wpływ na realizację planów w tym zakresie miała pandemia?

– Krakowska Izba była chyba jedną z pierwszych, które dostosowały się do nowej rzeczywistości oferując kształcenie online, byliśmy wiodącym ośrodkiem e-learningu. Z naszych szkoleń korzystali też lekarze z innych Izb, a napór był tak wielki, że musieliśmy poszerzać dostęp do platformy. Jeśli można w ogóle mówić o korzyściach z pandemii, to upowszechnienie modelu kształcenia hybrydowego i ciągłe doskonalenie e-learningu wydają się jednymi z nich. Zostaną z nami, mam nadzieję, że w coraz doskonalszej formie, podobnie jak telemedycyna, choć na razie mamy okres przejściowy. Jednak wszyscy bardzo byśmy chcieli swobodnego wyboru formy nauczania, nieograniczonego żadną epidemią. Tak czy inaczej, na bezpłatne dla naszych członków kursy, szkolenia, warsztaty itp. Komisja Kształcenia wydaje około 90 tys. zł, nie licząc budżetu Komisji Stomatologicznej na kursy specjalistyczne dla lekarzy dentystów. W 2020 r. wydatki na kształcenie

z oczywistych względów były mniejsze, ale staramy się nadrabiać zaległości.

Przy okazji kształcenia – po wyborze na stanowisko prezesa ORL mówił Pan, że samorząd powinien przejąć od państwa odpowiedzialność za kształcenie podyplomowe. Minęły cztery lata, czy podtrzymuje Pan ten pogląd?

– Samorząd chciałby przejąć kształcenie, lecz na zasadach innych niż dotychczasowe, czyli z odpowiednim finansowaniem z budżetu państwa. Mamy podstawy do obaw, że znów zostaniemy oszukani, przejmiemy kompetencje, ale nie środki. Musimy więc zachować ostrożność. Do tej władzy nie możemy mieć zaufania. Do żadnej zresztą, ale dziś widać wyraźną tendencję do ograniczania samorządności i odbierania pieniędzy. Niestety, ochrona zdrowia była i jest poddawana politycznym manipulacjom. Ostatni przykład – projekt likwidacji stażu podyplomowego. Nie chcą tego ani studenci medycyny – 92% absolwentów pragnie odbywać staż, ani kadra medyczna. Właściwie wszyscy są przeciw, jednak władza polityczna po raz kolejny próbuje przykryć w ten sposób problem braku lekarzy. I nieważne, że absolwent medycyny to nie to samo co lekarz specjalista – statystyka na chwilę się poprawi. Tylko jaki koszt poniosą chorzy?

Narastające problemy ochrony zdrowia i walka o jej naprawę to kolejne zagadnienia, z którymi boryka się samorząd lekarski. Kiedy w tym roku na chwilę przycichła pandemia, wybuchł ogólnopolski protest medyków. 11 września maszerowaliście przez Warszawę, lecz dziś chyba wszyscy uczestnicy tego wydarzenia czują rozgoryczenie.

– Refleksje na temat sytuacji medyków, stanu ochrony zdrowia w Polsce, dobrych i złych pomysłów zmian zajęłyby więcej niż cały numer gazety. Jest źle. Jak źle? Każdy widzi. Od wielu lat nie mamy szczęścia do rządzących. Nie zliczę, ile apeli, stanowisk, uwag do projektów różnych ustaw i rozporządzeń, propozycji konkretnych rozwiązań nasza Izba skierowała za mojej kadencji do rządu, parlamentarzystów i wszystkich decydentów w tym kraju. Ale rząd lekceważy nawet głos własnej rady medycznej, więc nikogo chyba nie dziwi, że nie reaguje na postulaty całego środowiska lekarskiego. Na protesty zresztą też. Na marginesie muszę jednak zauważyć, że odzew lekarzy na apel o udział w marszu był niewielki, więc tym bardziej dziękuję wszystkim, którzy pojechali do Warszawy. Jako lekarze dołączyliśmy do protestu zorganizowanego przez innych, więc nie mieliśmy wpływu np. na termin manifestacji. Jednak taka współpraca jest konieczna i obecnie dobrze się układa, nie wolno zmarnować porozumienia medyków, musimy walczyć razem o pewne kwestie. Niestety, pojawiają się coraz bardziej szkodliwe pomysły, choćby wspomniana likwidacja stażu czy nauczanie medycyny w szkołach zawodowych. Zamiast polityki zdrowotnej mamy ręczne sterowanie. Nie da się dłużej

J. Hodor

utrzymywać fikcji, jaką jest obecny system. Dobrze, że postępuje prywatyzacja, oczekiwana również przez pacjentów, którzy coraz częściej, jeśli tylko mogą, uciekają jak najdalej od publicznej opieki zdrowotnej. Uważam, że większość placówek medycznych należy sprywatyzować, a państwo powinno tylko kupować świadczenia w jednostkach dobrze zorganizowanych i dobrze funkcjonujących. Taki model obowiązuje przecież w większości krajów z powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Kiedyś popełniono błąd, likwidując niezależne kasy chorych. NFZ nie jest dla nas żadnym partnerem, oddziały wojewódzkie są obecnie całkowicie ubezwłasnowolnione, co jest absurdem, bo inne potrzeby mają pacjenci z Małopolski, a inne mieszkańcy woj. lubuskiego, inne są możliwości regionów, inna baza. Nie musimy daleko szukać przykładów lepszych rozwiązań, wystarczy spojrzeć na Czechy czy Słowację, gdzie reformy właściwie wyeliminowały czynnik polityczny z ochrony zdrowia. Oczywiście, nie ma idealnego systemu, lecz w Europie trudno znaleźć gorszy od naszego.

Jako lekarz dentysta stoi Pan po tej drugiej stronie – prywatnej. Jeszcze nie tak dawno podział na dwie, niekoniecznie zgodne strony występował też w samorządzie – lekarze kontra lekarze dentyści. W Krakowie jednak Izba świeciła przykładem wzajemnego szacunku i dobrej współpracy, czego najlepszym dowodem był wybór Pana Doktora – dentysty – na stanowisko prezesa Izby. Mamy wrażenie, że w tej kadencji w całym kraju ucichły spory lekarsko-dentystyczne, nie ma podziałów.

– Chyba tak jest, dzięki staraniom bardzo wielu członków obecnych władz samorządu. W Krakowie autonomia dentystów zawsze była modelowa. Współtwórcami Izby byli wszak dentyści Zbigniew Żak i Andrzej Fortuna, którzy zostali też wiceprezesami NRL. Moje zwycięstwo w ostatnich wyborach potwierdziło, że droga dialogu, nawet przy olbrzymich różnicach w wykonywaniu tych dwóch zawodów, jest możliwa i że razem więcej zrobimy. Ale do lepszego porozumienia przyczynia się w pewnym stopniu także prywatyzacja – zawód lekarza dentysty w 95% jest „sprywatyzowany".

Wyłącznie w prywatnych placówkach pracuje nie więcej niż 20% lekarzy medycyny, lecz ten odsetek rośnie i jednocześnie rośnie zrozumienie dla problemów dentystów. Lekarze praktykujący prywatnie muszą sami o wszystko się troszczyć, sami organizować, sami na siebie zarobić, bo nikt im pensji ani kontraktu nie wypłaci.

Przynajmniej „prywatny" lekarz nie czuje goryczy, że odmawia mu się dodatku covidowego. Nikt go nie obiecywał... Czy wbije Pan kolejny gwóźdź do trumny decydujących o polityce zdrowotnej i oceni walkę z pandemią?

– Na ten temat też możemy rozmawiać bardzo długo. Mamy ogromne pretensje do rządzących – o zaniechanie działań, koniunkturalizm, celowe zamykanie oczu na problemy, o stracone miliony, o „przekrętach" nie wspominając. Lista jest coraz dłuższa. Powinniśmy na przykład restrykcyjnie wymagać szczepień, które chronią całe społeczeństwo, a tu słyszymy wypowiedź premiera, że części „opinii publicznej" restrykcje by się nie podobały. Dla tej grupki bezcennych dla władzy wyborców, podważających wiedzę naukową, naraża się więc życie i zdrowie reszty Polaków. Państwo przerzuca obciążenie pandemią na społeczeństwo i na barki personelu medycznego, jawnie lekceważy głos własnych ekspertów medycznych. To nieakceptowalne.

Wśród lekarzy też są antyszczepionkowcy. Czy podejmował Pan jakieś interwencje na terenie działania krakowskiej Izby?

– Podważanie celowości szczepień, czyli kwestionowanie osiągnięć medycyny i wiedzy opartej na faktach jest rzeczą nie tylko niezrozumiałą, ale i niedopuszczalną. Oczywiście są sytuacje wyjątkowe, kiedy nie można się zaszczepić, natomiast wszyscy pozostali nie tylko sami powinni się zaszczepić, ale też namawiać do tego pacjentów. Wielokrotnie rozmawiałem z lekarzami, o których informowano mnie, że nie zachowują się właściwie w kwestii szczepień. Jak do tej pory każdy z nich przyjął moje argumenty i zmienił jeśli nie poglądy, to przynajmniej zachowanie. Jednak uświadamiałem też, że po przekroczeniu pewnej granicy już nie będziemy rozmawiać i że za takie zachowanie grożą określone konsekwencje wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym karygodne jest narażenie zdrowia i życia pacjentów.

Nasz świat bardzo się przewartościowuje. Czy dzisiejszy samorząd powinien działać inaczej niż jeszcze cztery lata temu?

– Powinien inaczej działać w perspektywie dłuższego czasu. Podstawową sprawą jest jednak zaangażowanie członków samorządu. Tymczasem z roku na rok widzimy coraz mniejsze zainteresowanie, tylko nieliczni chcą poświęcać swój czas na działania dla dobra całej grupy zawodowej. Nie ulega wątpliwości, że prezes Izby z kilkoma osobami nie są w stanie z wszystkim sobie poradzić. Ilość spraw, którymi się zajmujemy, już teraz utrudnia podejmowanie jakichkolwiek nowych inicjatyw.

A o czymś optymistycznym możemy poinformować?

– Oczywiście. Na przykład imponująca jest operatywność naszych kół lekarza seniora w Krakowie i Delegaturach – na ich działalność przeznaczamy 80-90 tys. zł rocznie i nie zostaje nawet złotówka. W ostatnich numerach „GGL" były zdjęcia z jakiejś wycieczki, koncertu itp. wydarzenia, w którym nasi seniorzy licznie uczestniczyli. Poza tym, mam nadzieję, że wrócimy do zawieszonych w pandemii aktywności takich jak piknik rodzinny, bal lekarza czy konferencja w Rytrze. Dzięki remontowi mamy też nowe możliwości. Były już próby uruchomienia klubu lekarza w podziemiach „Krupniczej", były tu wieczory poezji, lecz czekamy na propozycje dla miłośników bardziej energetycznej rozrywki, dla lekarskiej młodzieży. Jest tam już scena i potrzebny sprzęt, można organizować np. kameralne koncerty. Przed pandemią działalność zaczął chór krakowskiej Izby – od razu został świetnie przyjęty, a cały czas prowadzi nabór śpiewających lekarzy. Będziemy tworzyć kolejne koła, bo na przykład w Izbie jest wielu fotografów. Potrzebna jest także bogatsza oferta sportowa i turystyczna, lecz imprezy sportowej nie przygotuje jedna osoba. To nie tylko nasz problem, więc podejmujemy działania, by organizować tę aktywność międzyizbowo. No i musi być bezpiecznie pod względem epidemiologicznym. Sport można uprawiać indywidualnie, lecz chodzi też o integrację środowiska i z dopingiem publiczności lepiej bije się własne rekordy. Potrzebujemy kogoś, kto się tym zajmie, bo my starzy nie jesteśmy już w stanie wszystkiego ogarnąć. A za mojej kadencji zmarło wiele osób, które tworzyły tę Izbę. Ponoć nie ma ludzi niezastąpionych, lecz te koleżanki i koledzy jakoś nie mają następców.

To pytanie musimy w końcu zadać – Zjazd już w marcu, czy będzie Pan kandydował na stanowisko prezesa krakowskiej Izby Lekarskiej w następnej kadencji samorządu?

– Tak. Jest parę spraw, które chciałbym dokończyć, ponieważ nie udało się to z powodu pandemii. I nie byłoby to łatwe dla nowego prezesa. Czuję się odpowiedzialny za zamknięcie pewnych projektów. Chciałbym zrealizować własne zapowiedzi, oczywiście te, których nie zweryfikowała rzeczywistość. W ciągłości jest pewna wartość. Dodam, że obecnie nie ma w Krakowie konfliktu „starzy-młodzi", bardzo dobrze układa się współpraca nas „starych" z najmłodszymi członkami władz Izby. Drzwi Izby są otwarte. Zamiast narzekać, trzeba próbować zmieniać ten świat. Bez względu na to, kto będzie prezesem krakowskiej Izby, każdy potrzebuje wsparcia. Ja mam podobno opinię człowieka, z którym można się dogadać. Byle konkretnie.

Rozmawiali: Jolanta Grzelak-Hodor i Stefan Ciepły

Trzeba się bać?

Jesteśmy w trakcie narastania czwartej fali pandemii, nadal pozostawieni sami sobie. Braki lekarzy w Polsce próbuje się załatać zachęcając medyków głównie z Ukrainy i Białorusi do pracy w naszym kraju. Minister zdrowia wydaje decyzję, a izba lekarska ma wydać prawo wykonywania zawodu. Według przepisów tylko na podstawie tej decyzji – bez żadnej weryfikacji wykształcenia, umiejętności, a nawet znajomości języka polskiego. Minister czyni to „z wyższych pobudek" – pandemia…

To ona ma tłumaczyć nerwowe poszukiwania lekarzy, na wszelkie sposoby. Pierwszy pomysł to tworzenie szkół zawodowych dla lekarzy w celu szybkiego zasilenia rynku. Starsi, pamiętający jeszcze zawód felczera, obawiają się, że będzie to podobna forma kształcenia, zakończona jednak uzyskaniem dyplomu lekarza. Drugi projekt to likwidacja stażu podyplomowego, co sprawi, że zaraz po ukończeniu uczelni medycznej absolwent przystąpi do pracy jako w pełni wykwalifikowany lekarz. Smutnym jest fakt, że pomysł likwidacji stażu powstał i został poparty podczas Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych z udziałem ministra zdrowia. Minister nie ma medycznego wykształcenia i nie wie, co czuje lekarz bez praktyki zawodowej w pierwszych chwilach swojej pracy, a szczególnie co czuje, obejmując pierwszy samodzielny dyżur na oddziale, będąc do niego nieprzygotowanym, zaledwie po kilku miesiącach pracy. To powinni pamiętać rektorzy, którzy niewątpliwie lekarzami są. Ale ekonomiczne wykształcenie ministra powinno dać mu wiedzę, że likwidacja stażu zapewni większy dopływ lekarzy na rynek tylko w pierwszym roku po takiej decyzji. Następne lata korzyści już nie przyniosą. Podobne pomysły już przerabialiśmy kilka lat temu i na szczęście staż powrócił. Potrzebny jest okres adaptacji do zawodu, podobnie jak winna istnieć pewna forma weryfikacji wiedzy i umiejętności lekarza. LEK (Lekarski Egzamin Końcowy) i LDEK (Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy) jest taką formą. Warto o tym pomyśleć, kiedy w czasach ingerencji władz w nasz zawód ktoś chce podejmować próby dezawuowania tych egzaminów.

Okres braw dla lekarzy mamy już dawno za sobą. Obecna władza obserwuje skutki pandemii i codziennie je ogłasza, i to są wszystkie jej czynności. Poraża niechęć społeczeństwa do szczepień. Poraża bezczynność rządu w tej kwestii. Poraża widok ludzi bez maseczek ochronnych i bezczynność służb, które powinny pilnować przestrzegania przepisów. No ale wprowadzenie dodatkowych obostrzeń wzbudziłoby niezadowolenie społeczeństwa i spadek poparcia dla partii rządzącej, a przecież to jest priorytet dla władzy. Minister zdrowia twierdzi, że brak obostrzeń to „ukłon w kierunku zaszczepionych", a strategia rządu się sprawdza, zaś jego zastępca snuje rozważania o odmiennym kodzie kulturowym i genie sprzeciwu. Brakuje słów, by to skomentować.

Z pandemią musimy więc radzić sobie sami. Po manifestacji 11 września minister zdrowia zaprzestał nawet rozmów z naszym komitetem protestacyjnym, a porozumienie podpisał z organizacją pracodawców i związkiem zawodowym. Podwyżka niewielka od lipca, a inflacja nakręca się z dnia na dzień. Białe miasteczko co prawda istnieje, lecz wiedzą o tym już tylko przechodnie spacerujący Alejami Ujazdowskimi obok Łazienek.

Do Sejmu trafia projekt p. Godek, zaostrzający przepisy aborcyjne, tymczasem w Pszczynie umiera kobieta, która na skutek wcześniejszego zaostrzenia prawa nie mogła samodzielnie podjąć decyzji dotyczącej swojej ciąży. W lasach pogranicza polsko-białoruskiego cierpią i umierają ludzie. I w te wszystkie problemy zaangażowani są lekarze, którzy chcą pomóc, a często nie mają jak, bo przepisy są po prostu nieludzkie. Dokąd zmierzamy? Trzeba się bać.

Mimo wszystko spróbujmy cieszyć się świętami, choć na chwilę zapomnieć o problemach i po raz kolejny uwierzyć, że nowy rok będzie lepszy.

Mariusz Janikowski
Sekretarz ORL
Przewodniczący OKW w Krakowie

Zielone światło dla szczepień młodszych dzieci

AdobeStock

25 listopada Europejska Agencja Leków (EMA) wydała rekomendacje w sprawie szczepień przeciw COVID-19 dzieci w wieku od 5 do 11 lat, dopuszczając stosowanie u nich preparatu Comirnaty (opracowanego przez BioNTech i Pfizera). Otrzymają one mniejszą ilość preparatu niż stosuje się u dorosłych i dzieci po 12. roku życia (10 μg, a nie 30 μg), ale również w dwóch dawkach, w odstępie trzech tygodni. Ostateczną decyzję w sprawie dopuszczenia szczepionki podejmie Komisja Europejskiej, można mieć jednak nadzieję – popartą deklaracją rzecznika Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicza – że szczepienia najmłodszych Polaków rozpoczną się jeszcze w tym roku. Dodajmy, że dzieci w tej grupie wiekowej szczepi się już w USA, Kanadzie, Izraelu, Chinach i Arabii Saudyjskiej.

Do tej pory w Polsce zaszczepionych zostało 1,7 mln osób w wieku 12-17 lat. Przy czym procent zaszczepionych rośnie wraz z wiekiem pacjentów – jak podawała we wrześniu „Rzeczpospolita", zaszczepionych 12-latków było 22 proc., a 17-latków już 43 proc. Czy w kwestii szczepień najmłodszych uda się pokonać obawy, i to nie tylko opiekunów? W prywatnych rozmowach niektórzy rodzice zdradzają, że nie zdecydowali się zaszczepić dziecka, ponieważ „lekarz odradzał" lub sugerował, by jeszcze poczekać.

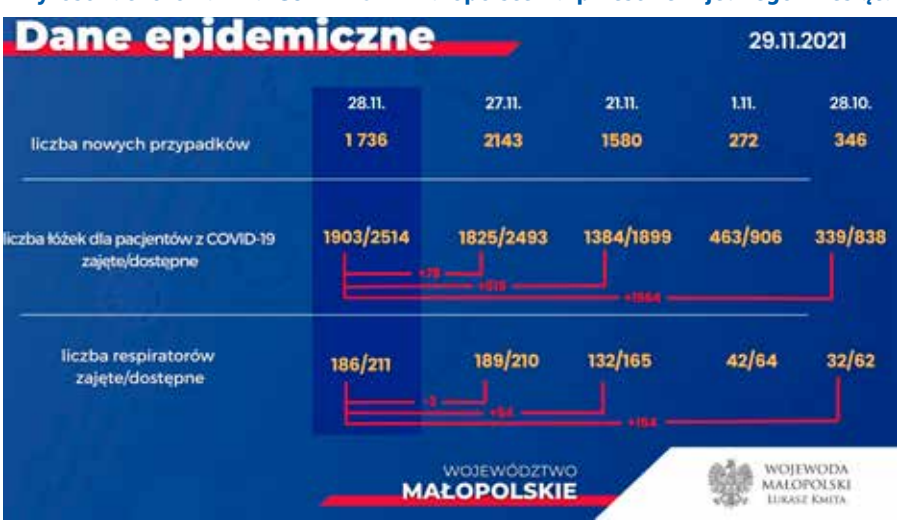
Tymczasem wirus nie czeka. **Jak wygląda sytuacja na Oddziale Chorób Infekcyjnych i Pediatrii Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego w Krakowie, na który trafiają dzieci z covid, informuje nas kierująca tym oddziałem doktor Lidia Stopyra:**

„Cały czas systematycznie zwiększana jest liczba łóżek dla dzieci z COVID-19 i cały czas po kilku dniach te miejsca się zapełniają. Balansujemy na krawędzi. Dzieci w oddziale są w różnym wieku – 3-5-dniowe noworodki i prawie 18-letni pacjenci, wszyscy niezaszczepieni. Trafiają do nas dzieci z obciążeniami, do których najczęściej zalicza się otyłość – mieliśmy nastolatków o wadze 110, a nawet 140 kg. Oni chorują bardzo ciężko. Ale są też nastolatki zupełnie bez obciążeń – zdrowi, wysportowani, z zajęciem płuc w covidzie powyżej 80%. Przebieg choroby jest nie do przewidzenia. W trakcie tej fali dzieci hospitalizowane w oddziale są w dużo cięższym stanie niż wcześniej. Podajemy im tlen w wysokich przepływach, leki, ale zawsze jest strach – czy pacjent zareaguje i zacznie się poprawiać, czy może trafimy w końcu na takie dziecko, z którym mimo naszych najlepszych działań będzie coraz gorzej.

Na szczęście w naszym oddziale żadne dziecko jeszcze nie zmarło, ale w Polsce wśród osób poniżej 18. roku życia było kilkadziesiąt zgonów, a np. w USA kilkaset. To może niewiele w porównaniu z milionami zgonów wśród dorosłych, lecz to straszne i niepotrzebne cierpienia i zgony, bo można im zapobiec w prosty sposób – poprzez szczepienia".

Katarzyna Domin

Przyrost zachorowań na COVID-19 w Małopolsce na przestrzeni jednego miesiąca



Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie

Apel
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
z dnia 1 grudnia 2021 roku
w sprawie podjęcia działań prawnych w celu zmniejszenia dynamiki rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem COVID-19.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie apeluje do Posłów, Senatorów, Prezesa Rady Ministrów oraz Ministra Zdrowia o bezzwłoczne wprowadzenie jednoznacznych rozwiązań prawnych umożliwiających zmniejszenie dynamiki rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem COVID-19.
Postulujemy wprowadzenie obligatoryjności:
– zakrywania ust i nosa z wykorzystaniem atestowanych maseczek filtracyjnych przez wszystkie osoby przebywające w publicznych przestrzeniach zamkniętych;
– legitymowania się tzw. paszportem covidowym lub dowodem przebycia koronawirusa w ostatnich 3 miesiącach przez wszystkie osoby przebywające w publicznych przestrzeniach zamkniętych;
– zawieszenia w obowiązkach służbowych osób niezaszczepionych lub osób niemogących przedstawić zaświadczenia, że są ozdrowieńcami, a wykonujących pracę w bezpośrednim kontakcie z innymi osobami;
– przeprowadzania w cyklu codziennym u pracowników oraz osób przebywających w publicznych przestrzeniach zamkniętych adekwatnej epidemiologicznie liczby przesiewowych testów na obecność wirusa.

Apelujemy jednocześnie o wdrożenie realnych działań weryfikacyjnych oraz uruchomienie instrumentów skutecznej egzekucji obowiązków epidemiologicznych nałożonych w szczególności na pracodawców oraz zarządzających publicznymi przestrzeniami zamkniętymi.

Sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Krakowie

Lek. Mariusz Janikowski

Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Krakowie

Lek. dent. Robert Stępień

Skala zagrożenia

Informacja o nowym wariancie SARS-CoV-2 nazwanym Omikron natychmiast wywołała falę komentarzy, niekiedy sprzecznych. Prof. Krzysztof Pyrć z Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ, zastępca przewodniczącego Zespołu ds. COVID-19 przy prezesie PAN, zapytany przez nas 29 listopada o to, jak bardzo mamy się bać tej mutacji, podkreślił, iż jeszcze za wcześnie na oceny, rozpowszechniane są tylko spekulacje. Kiedy ta gazeta znajdzie się w rękach Czytelników, wiedza o Omikronie zapewne będzie już większa. Jednak pewne mechanizmy dotyczą pojawienia się każdej mutacji

Szczepienia w Polsce – stan na 29 listopada 2021 roku

Liczba osób zaszczepionych co najmniej jedną dawką szczepionki przeciw COVID-19 – 20 829 997.

Liczba osób, które otrzymały dwie dawki lub zaszczepionych jednodawkowym preparatem Johnson&Johnson – 18 009 171.

Polska – w pełni zaszczepieni – 46,95 proc.

Woj. małopolskie – w pełni zaszczepieni – 44,77 proc.

Woj. podkarpackie – w pełni zaszczepieni – 38 proc.

koronawirusa, także możliwych kolejnych wariantów. Cytujemy więc fragmenty stanowiska Zespołu ds. COVID-19 przy prezesie PAN, z 27 listopada br.:

„Pierwszy przypadek wystąpienia nowego wariantu zanotowano w 5 próbkach z Botswany, pobranych 11 listopada, których pełna sekwencja została udostępniona w ostatnich dniach. Analiza sekwencji wykazała, że wirus ten cechuje się nagromadzeniem mutacji, które mogą budzić niepokój. W przypadku wcześniejszych wariantów występowały zazwyczaj pojedyncze z tych zmian, a i tak wiązano je z rosnącą zdolnością do przenoszenia się między ludźmi oraz unikania przed odpowiedzią immunologiczną organizmu. Obecnie nie ma jeszcze danych, na ile zmiany te wpłyną na charakterystykę tego wariantu; jego zdolność do przenoszenia się, unikania przed odpowiedzią immunologiczną czy zdolność wywoływania ciężkiej choroby. (…)

To, co budzi niepokój w przypadku wariantu B.1.1.529 Omicron, to fakt, że w Republice Południowej Afryki w czasie zaledwie kilku dni stał się on wariantem większościowym, zastępując wcześniejszy wariant Delta. Może to świadczyć o lepszej transmisyjności, jednak obecnie w regionie obserwuje się niewielką liczbę przypadków, więc nawet pojedyncze ognisko wywołane przez dany wariant może znacząco zaburzyć proporcję poszczególnych wariantów w populacji. W przeszłości obserwowano już pojawienie się takich wariantów, które mimo początkowych obaw nie spowodowały jednak fal pandemii ani realnego zagrożenia w skali świata (np. warianty gamma czy lambda).

Ponieważ obecnie nie jesteśmy w stanie oszacować realnego stopnia zagrożenia, trwa debata, jak adekwatnie na nie zareagować. (…)

W najbliższych dniach można spodziewać się pierwszych informacji o obrazie klinicznym zakażenia i ilości wirusa w drogach oddechowych chorych. Równolegle będą pojawiać się informacje o rozprzestrzenianiu się wirusa w różnych krajach. W kolejnym etapie naukowcy sprawdzą, czy odpowiedź immunologiczna wytworzona w organizmie po szczepieniu lub po przechorowaniu stanowi ochronę przed nowym zagrożeniem. Sprawdzą również, jak zmiany w RNA wirusa przepisują się na jego właściwości – zdolność do zakażania, szybkość, z którą się namnaża, czy zdolność do produkcji wirusów potomnych. Porównanie tych danych klinicznych z danymi laboratoryjnymi pozwoli na dokładniejszą ocenę ryzyka.

Od początku pandemii obawialiśmy się powstania wariantu SARS-CoV-2 o dużej łatwości przenoszenia się pomiędzy ludźmi i omijającego odporność pochorobową czy poszczepienną. W przeszłości naukowcy kilkakrotnie sygnalizowali takie zagrożenie, być może i tym razem nasze obawy są przedwczesne. Jednak pewne jest, że pozwalając wirusowi swobodnie się szerzyć, zwiększamy ryzyko powstania takiego wariantu. Co możemy zrobić w tej chwili? Każda z niezaszczepionych jeszcze osób powinna poważnie rozważyć zaszczepienie się, a osoby już zaszczepione – jeżeli tylko jest to możliwe – przyjęcie 3 dawki szczepionki. Powszechne szczepienia znacząco obniżają ryzyko pojawiania się nowych wariantów. (…)"

Poziom witaminy D a śmiertelność w pandemii

O związkach osteoporozy z COVID-19

Pandemia COVID-19 wpłynęła na wszystko, nawet na wydawałoby się odległe od chorób zakaźnych leczenie osteoporozy. I, jak się okazało, znana z zapobiegania właśnie osteoporozie witamina D3 ma też ogromny wpływ na… przebieg zakażenia SARS-CoV-2. Związek ten ujawniono już jakiś czas temu, ale dzięki wielu badaniom, podjętym w ostatnim czasie, coraz więcej wiemy o jego mechanizmie oraz skali tego wpływu.

Z powodu globalnej epidemii tegoroczny, VIII Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy połączony z XX Zjazdem Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii odbył się online, a pierwszym poruszonym na nim tematem była oczywiście pandemia. Bowiem to ona spowodowała, że ludzie zostali w domach, przestali się ruszać, za to zaczęli więcej jeść, co bezpośrednio przełożyło się na ich zdrowie i kondycję. U osób nieaktywnych spadła synteza białek mięśniowych, spotęgowało się natomiast odkładanie tkanki tłuszczowej – podkreślał podczas obrad prof. Edward Franek, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

– Co ciekawe, możemy mówić o pogorszeniu w zakresie prewencji osteoporozy, natomiast jeżeli chodzi o częstość złamań, to ona wręcz o połowę spadła! Ludzie, nie wychodząc

z domów, nie narażali się na upadki z powodu np. złych warunków atmosferycznych czy nierówności na chodnikach – mówił prof. Franek: – *A jeżeli doszło już do złamania, to nie było żadnych znamiennych różnic w przebiegu leczenia i rokowaniach w czasie przed i w trakcie pandemii. Leczenie szpitalne, w tym leczenie złamania biodra nie pogorszyło się, natomiast zdecydowanie większy problem dotknął pacjentów leczonych ambulatoryjnie, szczególnie podczas pierwszej fali.* Zmniejszyła się, jak w każdej dziedzinie medycyny, częstość nowych rozpoznań – pacjenci nie zgłaszali się do lekarza i na diagnostykę.

Analizy tego, co było, trwają, istotne są wnioski na przyszłość. O tym, jak ważna jest suplementacja witaminy D w trakcie pandemii, mówiła prof. Ewa Marcinowska-Suchowierska z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

– *Niedobór witaminy D3 jest zjawiskiem powszechnym* – alarmowała prof. Marcinowska-Suchowierska: – *70-90 procent Europejczyków ma niedobory tej witaminy, a w Polsce problem dotyczy nawet 90 procent dorosłych. Niedobory witaminy D skutkują zwiększonym ryzykiem rozwoju i progresji nie tylko chorób metabolicznych kości, o czym już wiemy (osteomalacja i osteoporoza u dorosłych czy krzywica u dzieci), ale także szeregiem innych nieprawidłowości, czego efektem jest wzrost ryzyka infekcji dróg oddechowych, co w dobie pandemii jest szczególnie istotne.*

Jak wykazują badania, poziom witaminy D w surowicy w ilości powyżej 38 ng/ml przekłada się na dwukrotne zmniejszenie ryzyka infekcji dróg oddechowych oraz skrócenie czasu choroby. Przy regularnej suplementacji ryzyko infekcji spada aż o 36 proc. Prawidłowe zaopatrzenie w witaminę D redukuje ryzyko wystąpienia astmy oraz jej nasilenia wymagającego użycia kortykosteroidów, a w infekcjach bakteryjnych widać istotne obniżenie ilości stosowanych antybiotyków.

– *Aktywny metabolit witaminy D ma korzystny wpływ na bariery fizyczne (głównie surfaktant) oraz na odporność wrodzoną i nabytą – moduluje odporność* – tłumaczyła prof. Marcinowska-Suchowierska: – *Pomaga w utrzymaniu ciągłości połączeń międzykomórkowych, chroniących ustrój przed wtargnięciem patogenu i zapobiega naciekaniu tkanki płucnej przez komórki immunologiczne. Indukuje syntezę i wydzielanie surfaktantu w układzie oddechowym, co chroni pęcherzyki płucne.*

Działa ona immunomodulująco poprzez receptor VDR obecny w wielu komórkach, w tym makrofagach, monocytach, komórkach dendrytycznych oraz limfocytach T i B. Ma działanie przeciwzapalne, zmniejszające prozapalne działanie wirusa. Logika wskazuje, że te same mechanizmy będą działały również w infekcji wirusem SARS-CoV-2 i witamina D będzie miała wpływ na jej przebieg. Patomechanizm zakażenia COVID-19 wiąże się z wniknięciem wirusa do

gospodarza z wykorzystaniem receptora ACE2, co (poprzez receptor ATR1) doprowadza do niekorzystnych zjawisk takich jak wzrost ciśnienia, narastanie objawów zapalenia, wazokonstrykcja. Następuje dysregulacja układu renina-angiotensyna z niekorzystnymi następstwami w postaci uszkodzenia endotelium, wzrostu gotowości zakrzepowej oraz burzy cytokinowej.

– *Wirus SARS-CoV-2 działa więc prozapalnie, a witamina D przez receptor VDR ma mechanizm obronny, czyli przeciwzapalny. Wydaje się więc logiczne, że niedobory witaminy D będą sprzyjały rozwojowi zakażenia i jego cięższemu przebiegowi* – rozważała prof. Marcinowska-Suchowierska.

Badania obserwacyjne przeprowadzone na początku pandemii w 20 krajach Europy wykazały zależność między średnimi stężeniami 1,25dihydroksy witaminy D w populacji a liczbą zakażeń. Okazało się, że im mniejsze stężenie witaminy D, tym większa śmiertelność z powodu COVID-19 oraz im mniejsze zaopatrzenie populacji w witaminę D, tym większa zachorowalność.

– *Kliniczny przebieg zakażenia analizowany w różnych populacjach wykazał jednoznacznie, że stężenie ponad 30 ng/ml jest w pewnym sensie wskaźnikiem łagodniejszego przebiegu choroby i mniejszej śmiertelności* – relacjonowała prof. Marcinowska-Suchowierska: – *Metaanaliza ponad 10 tys. przypadków dała następujące wnioski: przy stężeniu witaminy D w organizmie poniżej 20 ng/ml ryzyko infekcji jest zdecydowanie większe, a u osób ze znacznymi niedoborami rośnie również ryzyko ciężkiego przebiegu i śmierci z powodu COVID-19.*

Pomimo tych obserwacji, nie wprowadzono jednak nowych wytycznych dotyczących suplementacji i obowiązują te z roku 2018. Najistotniejsze jest uzupełnienie niedoborów, jakie występują u prawie każdego dorosłego Polaka. Przypominamy, że dla osób do 65. roku życia zalecane jest podawanie 2-4 tys. jednostek na dobę w okresie od końca września do maja, a u osób powyżej 75 lat należy utrzymywać suplementację przez cały rok.

Joanna Sieradzka

Kardiologia prewencyjna 2021

Opieka koordynowana kontra realia systemu

– Prewencja jest rzeczą podstawową i zasadniczą. Borykamy się z coraz większą liczbą „trudnych" chorych, z coraz bardziej skomplikowanymi zabiegami, a jeśli zabieg jest skomplikowany, to też większa jest liczba powikłań. Bardzo byśmy chcieli, by tacy chorzy do nas nie trafiali i mogą nie trafiać – tylko dzięki prewencji, zarówno pierwotnej, jak i wtórnej. Prewencja powinna być połączona z edukacją pacjentów oraz lekarzy, i to lekarzy od stopnia podstawowej opieki medycznej po lekarzy stopnia uniwersyteckiego – stwierdził prof. Adam Witkowski, kardiolog interwencyjny, do października br. prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, podczas ceremonii otwarcia XIV Konferencji Naukowej Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK „Kardiologia prewencyjna 2021". W formie hybrydowej odbyła się ona w Krakowie w dniach 18-20 listopada.

W czasach, kiedy dostęp do lekarzy jest ograniczony, kiedy ogranicza się możliwości leczenia szpitalnego, profilaktyka nabiera szczególnego znaczenia. Wydaje się największą szansą ocalenia życia wielu Polaków, których z powodu pandemii umiera teraz znacznie więcej niż w ostatnich latach. Zmiany w umieralności Polaków przedstawił prof. Bogdan Wojtyniuk, zastępca dyrektora ds. bezpieczeństwa epidemiologicznego i środowiskowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Otóż z najnowszych analiz wynika, że z powodu chorób serca i naczyń mózgowych w 2020 roku zmarło o kilkanaście procent więcej osób, niż można by się spodziewać. Wzrost liczby zgonów z powodu zawału serca szacuje się na poziomie ponad 22 proc. u mężczyzn i ponad 16 proc. w przypadku kobiet. Z powodu choroby nadciśnieniowej zmarło o 24 proc. mężczyzn i o ponad 18 proc. kobiet więcej, ale tu trend rosnący obserwuje się już od kilku lat. Najbardziej, w stosunku do prognoz, wzrosła w Polsce liczba zgonów z powodu cukrzycy – aż o ok. 30 proc.

Ogromnej większości zgonów z takich przyczyn można zapobiec właśnie dzięki prewencji pierwotnej i wtórnej. Służyć temu mają m.in. szeroko omawiane w Krakowie programy opieki koordynowanej. Sztandarowym przykładem może być KOS-Zawał, czyli program koordynowanej opieki specjalistycznej nad pacjentami po zawale serca. Zdaniem prof. Piotra Jankowskiego z Instytutu Kardiologii UJ CM, przewodniczącego Komisji Promocji Zdrowia ZG PTK i przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Konferencji „Kardiologia Prewencyjna 2021", w przypadku tego programu można mówić o rzeczywistym sukcesie. Koordynowana opieka prowadzi do poprawy jakości, dostępności i efektywności leczenia, a także do wzrostu satysfakcji pacjenta. Ostatecznym efektem jest wydłużenie życia i lepsza jego jakość po zawale. Opieka w ramach KOS-Zawał trwa 12 miesięcy. Jakie są jej wyniki? Otóż aż 71 proc. pacjentów objętych tym programem korzysta po zawale z szalenie ważnej dla rokowań rehabilitacji kardiologicznej, w tym aż 47 proc. rozpoczyna rehabilitację już w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala. Dla porównania rehabilitację kardiologiczną ma zapewnione tylko 38 proc. pacjentów nieobjętych programem, w tym jedynie 7 proc. zaczyna ją w ciągu 2 tygodni od zakończenia hospitalizacji. W ramach KOS-Zawał aż 91 proc. osób, w średnim czasie 36 dni po zawale, może skorzystać z konsultacji kardiologicznej. Bez programu ten odsetek wynosi 60, a oczekiwanie na konsultację – ok. 80 dni. Odsetek pacjentów konsultowanych specjalistycznie najpóźniej w ciągu 6 tygodni od zawału w ramach programu wynosi 57 proc., bez objęcia opieką koordynowaną – tylko 17 proc. Korzyści odnoszone przez pacjentów objętych KOS-Zawał przekładają się na rokowania – ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn maleje w tej grupie o 30 proc., zgonu w powodu zawału, udaru mózgu

o 17 proc., a zgonu lub hospitalizacji z przyczyn sercowo-naczyniowych o 15 proc. I aż 96 proc. pacjentów objętych KOS-Zawał wyraża zadowolenie z jakości tej opieki.

Prof. Jankowski poinformował także o pewnych niedociągnięciach – niestety, program nie spełnia na razie oczekiwań, jeśli chodzi o dobrą kontrolę czynników ryzyka, czyli u pacjentów z problemami w tym zakresie: redukcję ciśnienia tętniczego, poziomu cholesterolu, masy ciała, zaprzestanie palenia papierosów.

Liczba uczestników programu KOS-Zawał rośnie, w 2018 r. było to 9 tys. pacjentów, w 2019 – ok. 13 tys., w 2020 o tysiąc mniej, ale z powodu mniejszej liczby hospitalizacji osób z zawałem serca. Niestety, obecnie tylko co piąty chory po zawale ma dostęp do KOS, bowiem program realizuje mniej więcej połowa ośrodków zajmujących się leczeniem ostrego zawału serca w Polsce. Zdaniem ekspertów, należy szybko dążyć do poprawy sytuacji, bowiem o ile Polska ma niewątpliwe sukcesy w walce z ostrym zawałem, o tyle pod względem dalszej przeżywalności nie mamy się czym chwalić.

Powodów do niepokoju dostarczają też inne statystyki. Polacy tyją na potęgę, jak podkreślała podczas konferencji dr hab. Alina Kuryłowicz z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP, za kilka lat ponad 60 proc. Polaków będzie cierpiało na nadwagę lub otyłość. Dlatego od 1 stycznia 2022 r. ma być realizowany „Program koordynowanej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią leczonymi chirurgicznie – KOS-Bar", przeznaczony dla osób kwalifikujących się do operacji bariatrycznej. Program ma obejmować wszystkie etapy związane z procedurą chirurgiczną – od przygotowania do operacji (w ramach którego pacjent będzie musiał ze wsparciem lekarza, dietetyka, psychologa m.in. stracić co najmniej 8-10 proc. masy ciała), po trwającą ok. roku opiekę pooperacyjną. Celem programu jest nie tyle utrata wagi, co zmniejszenie ryzyka chorób z nią związanych – podkreślała prof. Kuryłowicz. Efekty KOS-Bar ocenimy za jakiś czas.

Oczywiście, jeśli realizowany będzie zgodnie z założeniami, ponieważ nie zawsze takie projekty się udają. Przykładem może być „Program koordynowanej opieki u pacjentów z niewydolnością serca – KONS", który „umarł" wkrótce po ogłoszeniu. Zdaniem wielu ekspertów, był chyba zbyt ambitny, zbyt skomplikowany, zbyt kosztowny. Trwają już jednak prace nad jego modyfikacją. Jest potrzebny, bo niewydolność serca to jedna z głównych przyczyn zgonów w Polsce, a po pandemii problemy na pewno się nasilą.

O sukcesie trudno też na razie mówić w przypadku programu POZ-PLUS – jak dotąd przeprowadzono tylko jego bardzo skromny pilotaż. Przewiduje on opiekę koordynowaną na poziomie gabinetu lekarza rodzinnego – regularnie wykonywany bilans zdrowia, szybszą reakcję w przypadku wykrycia poważnej choroby, szybsze kierowanie na konsultacje specjalistyczne, poszerzenie opieki nad osobami przewlekle chorymi, czyli generalnie lepszą profilaktykę i zarządzanie chorobą u pacjenta objętego taką opieką przez lekarza pierwszego kontaktu. Pilotaż wskazał wiele zalet takiego systemu, ale też niedociągnięcia, które muszą zostać wyeliminowane, by znaleźli się chętni do wprowadzenia programu. Dr Michał Sutkowski, członek Prezydium Kolegium Lekarzy Rodzinnych, podkreślił m.in., iż by powiodło się wdrożenie generalnie dobrych rozwiązań, NFZ nie może narzucać lekarzom nowych zadań bez ich sfinansowania. Realizacja programu wymaga odpowiednich nakładów, choćby zatrudnienia dodatkowych osób, bo przy obecnym obciążeniu pracą lekarz czy pielęgniarka nie są w stanie podjąć się kolejnych obowiązków. W dyskusji podkreślano, że w Polsce wciąż nie docenia się tego, że wyższe nakłady na profilaktykę dają wymierny efekt zdrowotny i ekonomiczny. W przypadku opieki koordynowanej brak lekarzy i pielęgniarek nie powinien być barierą nie do pokonania, bowiem w POZ funkcje koordynatorów mogą pełnić np. absolwenci kierunku zdrowie publiczne.

Bez względu na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, bez efektywnej edukacji zdrowotnej niewiele się poprawi. Zapewne blisko 2,5 tys. osób, które podczas tej konferencji uczestniczyły w 46 sesjach naukowych z udziałem 106 wykładowców, znacząco poszerzyło swoją wiedzę na temat prewencji nie tylko schorzeń kardiologicznych, lecz także innych plag zdrowotnych naszej cywilizacji. A stosowanie się do zasad profilaktyki pozwoli cieszyć się pozytywnym starzeniem, co, jak wyjaśnił prof. Tomasz Grodzicki, prorektor UJ ds. Collegium Medicum, oznacza, iż mimo starzenia się, nadal możemy robić to, na czym nam zależy.

O kardiologii wieku podeszłego podczas tej konferencji również mówiono. Niestety, zdecydowana większość osób w wieku powyżej 80 lat cierpi na co najmniej cztery choroby przewlekłe, wielochorobowość jest problemem powszechnym u osób starszych. W ich przypadku, zdaniem prof. Grodzickiego, programy typu KOS-Zawał czy KONS mogą nie mieć zastosowania. Lekarz staje przed pytaniem, co leczyć w pierwszej kolejności u takiego pacjenta. Niestety, każdy specjalista może inaczej ustawić gradację celów. Warto jednak pamiętać, że to, co jest najważniejsze dla lekarza, niekoniecznie jest ważne także dla pacjenta, który przede wszystkim chce po prostu lepiej się czuć i lepiej żyć.

Jolanta Grzelak-Hodor

Łowca planetoid z dyplomem lekarza

Gdybyśmy byli portalem, któremu zależy na „klikalności", ten artykuł mógłby zostać zatytułowany tak: „Michał Żołnowski ratuje świat przed kosmiczną zagładą". Albo inaczej: „Polski lekarz odkrywa kometę". Nam jednak bardziej zależy na nieśpiesznej lekturze opowieści o pasji, cierpliwości, codziennej, a właściwie conocnej pracy, bez których trudno zrealizować marzenia. Jest ona równie fascynująca, gdy dotyczy odkrywania ciał niebiskich, jak i relacji z ludźmi, którzy temu towarzyszyli; gdy opowiada o monotonnym śledzeniu kosmicznych śmieci, jak i o zimnych wieczorach spędzonych w obserwatorium na odludnej pustyni Kalahari.

Zofia Żołnowska

Opowieść zaczyna się w ogródku Michała Żołnowskiego, gdzie mieści się jego pierwsze obserwatorium – Solaris (na zdjęciu obok). Drewniana chatka przypominająca budynek gospodarczy, tyle że z rozsuwanym dachem i nowoczesnym japońskim teleskopem w środku. Potem kontynuowana jest w w przydomowym laboratorium, gdzie testowane są różnego rodzaju kamery i teleskopy, a następnie w salonie, w którym na ścianie wiszą podpisane zdjęcia członków misji Apollo 11: Armstronga, Aldrina i Collinsa, przysłane przez NASA w odpowiedzi na list kilkunastoletniego Michała. Oprawiony w ramkę wisi też strzępek materiału z kieszeni, w której David Scott w trakcie misji Apollo 15 nosił grudki zebrane na Księżycu. – Kupiłem to na aukcji internetowej. To jedyny legalny sposób, żeby mieć w domu odrobinę pyłu księżycowego – wyjaśnia właściciel kolekcji, w skład której wchodzi też fragment kliszy fotograficznej zabranej w kosmos.

Dopiero gdy siadamy przy kuchennym stole, proszę, by opowiedział, jak to się stało, że astronom amator, krakowianin, z wykształcenia lekarz, stał się odkrywcą kilkudziesięciu planetoid. – Jak wybudowałem swoje pierwsze obserwatorium, to zacząłem narzekać na brak pogody. Bo w Polsce dobrych dla astronoma nocy jest w ciągu roku około 70. Albo są chmury, albo jest Księżyc w pełni lub blisko pełni, który wszystko zaświetla – opowiada Michał Żołnowski, tłumacząc, dlaczego zdecydował się wybudować w 2012 r. kolejne obserwatorium, tym razem w Toskanii (wraz z żoną, lekarką, i dwiema córkami mają tam kamienny dom, który sami wyremontowali). Na początku robił w nim tzw. *pretty pictures*, czyli „cukierkowe zdjęcia kosmosu". Dopiero gdy po roku poznał Michała Kusiaka, studenta astronomii na UJ, wspólnie zaczęli poszukiwać planetoid.

Pierwszy sukces świętowali już po dwóch-trzech miesiącach. Jak się później okazało, przedwcześnie. – W całej tej euforii polecieliśmy z żoną do Stanów Zjednoczonych, do siedziby Minor Planet Center na Harvardzie, żeby spotkać się

z jego szefem i pochwalić naszym odkryciem. Ale gdy już zwiedziliśmy serwerownię, gdzie są przechowywane wszystkie informacje o planetoidach, to jeden z szefów MPC zaczął szukać informacji o tej naszej. Okazało się, że my jej nie odkryliśmy, bo ktoś wcześniej już to zgłosił. Do Polski wróciłem ze smutną miną, ale za to z lepszą kamerą.

Po kilku kolejnych miesiącach udało się jednak naprawdę odkryć pierwszą planetoidę, a później następne i następne. Obecnie razem z Michałem Kusiakiem mają ich na koncie kilkadziesiąt, z czego tylko kilkanaście jest ponumerowanych i wpisanych do bazy Minor Planet Center. Kolejne czekają na potwierdzenie, co zwykle trwa kilka lat. Przywilejem odkrywców planetoid jest nadawanie im imion. Jedna z nich właśnie otrzymała nazwę Tokarczuk, za co noblistka w prywatnym liście serdecznie podziękowała, obiecując spotkanie. Inna dedykowana jest kompozytorowi Hansowi Zimmerowi („zadzwonił i obiecał, że nagra jakiś kawałek o nas"), a jeszcze inna Rogerowi Watersowi z Pink Floyd, który wiadomość o istnieniu planetoidy jego imienia skwitował milczeniem. Swoją planetoidę ma też oczywiście żona pana Michała, Marta. W opisie planetoidy znaleźć można informacje, że Żołnowska to lekarz pediatra, neurolog dziecięcy, specjalizująca się m.in. w leczeniu padaczki lekoopornej.

Kometa NEOWISE nad rozświetlonym w oddali Mediolanem, Włochy 2020 r. „Te świecące chmury to tzw. obłoki srebrzyste – drobiny kryształków lodu zawieszone kilkadziesiąt kilometrów nad ziemią" – wyjaśnia Michał Żołnowski, autor zdjęcia.

23 marca 2015 r. wraz z Michałem Kusiakiem, Rafałem Reszelewskim, wówczas uczniem technikum, oraz obecnym wspólnikiem firmy 6Roads Marcinem Gędkiem w obserwatorium na pustyni Atakama w Chile udało im się odkryć kometę długookresową, którą nazwali Polonia. Kilka dni później odkrycie oficjalnie potwierdziła Międzynarodowa Unia Astronomiczna. Prócz „pięciu minut medialnej sławy" zespół otrzymał wtedy nagrodę Wilsona, przyznawaną astronomom amatorom, którzy w danym roku odkryją najwięcej komet. – Wtedy była taka posucha, że tylko nam się to udało – śmieje się Michał Żołnowski, dodając, że samo odkrycie komety było wielkim spełnieniem marzeń, ponieważ po II wojnie światowej Polacy namierzyli ich tylko cztery. W przeciwieństwie do planetoid komet jest mniej, dlatego ich odkrycia bywają bardziej spektakularne. Są jednak jaśniejsze na niebie, więc raz na kilka, kilkanaście lat nowo odkryta kometa może być widoczna nieuzbrojonym okiem. Ostatni tak „niezapomniany spektakl" miał miejsce w 2020 r. w przypadku komety NEOWISE.

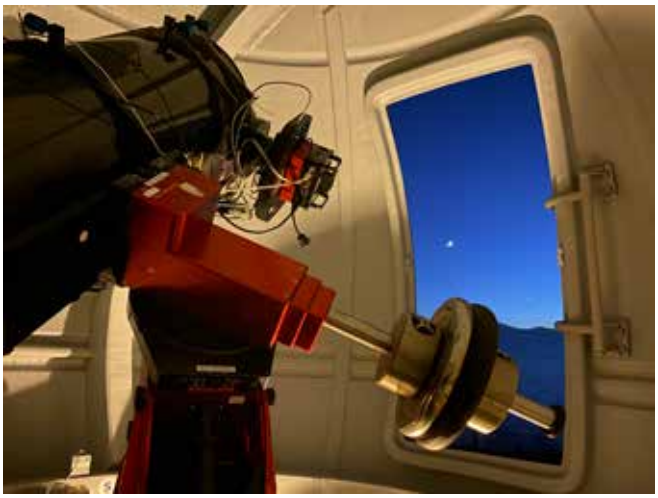
Gdy liczba możliwych do odkrycia planetoid zaczęła się wyczerpywać, a kolejne komety nie chciały się pokazać, pojawił się pomysł na założenie wspomnianej firmy zajmującej się szukaniem i śledzeniem kosmicznych śmieci oraz tzw. Planetary Defense, czyli obserwacją potencjalnie niebezpiecznych dla Ziemi ciał niebieskich, takich jak choćby asteroidy, które zdaniem niektórych naukowców zmiotły z naszej planety całą populację dinozaurów.

6Roads obecnie realizuje projekty dla Komisji Europejskiej, jest również członkiem International Asteroid Warning Network, organizacji powołanej z rekomendacji ONZ po to, by wykrywać, śledzić i charakteryzować zagrażające Ziemi obiekty. IAWN tworzy ekskluzywne grono niespełna 40 organizacji, na czele z ESA (Europejska Agencja Kosmiczna) i NASA. Firma, której współwłaścicielem jest Michał Żołnowski, posiada osiem obserwatoriów – dwa w Polsce, wspomniane już we Włoszech i Chile, a także w Hiszpanii, Stanach Zjednoczonych, Namibii i Japonii.

Jest wczesne popołudnie, gdy przez internet łączymy się z tym ostatnim. Nad obserwatorium położonym w środku lasu niedaleko Nagano widać już nocne niebo. Na ekranie laptopa, prócz różnych parametrów, pojawia mnóstwo białych punkcików. To nie gwiazdy, tylko krążące wokół Ziemi satelity. Prócz nich po naszej orbicie dryfuje też ponad 20 tysięcy obiektów o wielkości przynajmniej 10 cm i prawie pół miliona o wielkości ok. 1 cm. Wszystko to śmieci zostawione w kosmosie przez człowieka. – Gdy istnieje zagrożenie, że jeden z nich może się zderzyć z satelitą, wtedy do jego właściciela wysyłana jest informacja, że musi go przekierować, czyli włączyć silniki i ustąpić miejsca temu śmieciowi, który na niego leci – wyjaśnia Michał Żołnowski: – Tylko że taki wart pół miliarda dolarów satelita ma ograniczoną ilość paliwa, więc liczba manewrów też jest ograniczona. Gdy zużyje paliwo na ciągłe zmiany trajektorii, to sam staje się śmieciem. Jego ostatnim oddechem jest wystrzelenie się na orbitę cmentarną, tzw. graveyard, gdzie zostanie już na wieki, nikomu nie zagrażając. Każda taka zmiana manewru jest bardzo kosztowna, dlatego nasze alerty muszą być bardzo przemyślane.

Kosmiczne śmieci, czasami wielkości samochodu, mogą zagrażać nie tylko satelitom, ale też stacji kosmicznej czy innym obiektom wysyłanym przez człowieka w kosmos. – Niekiedy te obiekty przelatują obok siebie bardzo blisko. Śledzimy je, żeby wiedzieć, jak one się będą mijały. Bo już dwa razy doszło do sytuacji, gdy amerykański z rosyjskim statkiem zderzyły się ze sobą, generując tysiące śmieci. To tak jakby dwa autobusy rozpędzone do kilku kilometrów na sekundę zderzyły się w przestrzeni kosmicznej. Energia jest niewyobrażalna. Część tych szczątków krąży w atmosferze praktycznie bez końca – opowiada Żołnowski i dodaje, że to, czego astronomowie obawiają się dziś najbardziej, to tzw. syndrom Kesslera. Zderzające się ze sobą śmieci będą tworzyć jeszcze więcej kosmicznych odpadów przez co wokół Ziemi wytworzy się otoczka, przez którą nic nie będzie mogło przelecieć; zniszczone zostaną satelity, przestanie działać GPS, telewizje satelitarne, słowem armagedon.

Firma realizuje też projekty dla Europejskiej Agencji Kosmicznej, przede wszystkim testując sprzęt do obserwacji nieba, a także wprowadzając innowacyjne rozwiązania w tym zakresie. I również z tym tematem łączy się anegdota: – W zeszłym roku przysłali nam do testowania najlepszą na świecie kamerę do fotografowania kosmosu. Była warta milion złotych, a kurier zostawił ją na wycieraczce przed domem. Zresztą, wyglądała jak totalny złom, więc pewnie nikt by się nią nie zainteresował.



Wnętrze Rantiga Observatory we Włoszech.

Gdzie w tych wszystkich opowieściach jest miejsce na medycynę? Michał Żołnowski jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ. Jeszcze w czasie studiów rozpoczął pracę w szpitalu przy ul. Skawińskiej w Krakowie, w laboratorium prof. Marka Sanaka. Jak przyznaje, ma bardzo ciepłe wspomnienia związane z pracą w zespole prof. Andrzeja Szczeklika. Jednak tuż po stażu podyplomowym jego sytuacja rodzinna tak się skomplikowała, że zdecydował się odłożyć stetoskop na kilka lat. Powrócił do medycyny w 2011 r., kiedy to wraz ze wspólnikami założyli w Krakowie Centrum Medyczne Plejady. Pacjentów przyjmuje jednak rzadko. Plejady skupiają się głównie na badaniach klinicznych, prowadzonych od pierwszej do czwartej fazy, czyli wymagających też hospitalizacji. – Gdy przychodzą nowe badania, to sprawdzamy, czy one mają sens, czy są dobre dla pacjenta, czy coś wnoszą, czy są ciekawe dla zespołu badawczego – przyznaje Żołnowski, będący dyrektorem ds. badań klinicznych w Plejadach: – To jest zajęcie dające dużą satysfakcję. Bo w badaniach klinicznych fajne jest to, że jesteśmy w stanie leczyć pacjenta nowoczesnymi metodami, na które normalnie nie można sobie pozwolić. W przypadku dzieci często jest też tak, że terapia danym lekiem jest kontynuowana po zakończonych badaniach.

Po wątku medycznym można by otworzyć kolejne – podróży towarzyszących wizytom we wszystkich obserwatoriach, ludzi, którzy pomagają w ich obsłudze, kota Andruta, który mimo nawoływań nie chce się pokazać…

„Czy wszystkie pana marzenia się spełniły?" – pytam na koniec. „Astronomiczne tak".

Katarzyna Domin

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Kiedy nie tak wiele lat temu ówczesna minister zdrowia Ewa Kopacz (ministra? ministerka? – nie wiem, jak jest poprawnie, więc posługuję się starym określeniem) ogłosiła rezygnację ze stażu podyplomowego, oburzenie środowiska medycznego było powszechne i tak jednolite, że zmusiło Ministerstwo Zdrowia do porzucenia tych ambitnych planów. I słusznie. Argumentów było wiele i były one poważne. Nie będę ich powtarzał. Razem z całym środowiskiem (a może na czele?) protestowali rektorzy uczelni medycznych. I nagle wiadomość, że to właśnie rektorzy uczelni medycznych wystąpili z inicjatywą zniesienia stażu podyplomowego zaskoczyła wszystkich. Nie jego zreformowania, ale właśnie zniesienia. Czyżby praktyczna nauka medycyny na polskich uczelniach poprawiła się na tyle, że staż podyplomowy stał się niepotrzebny? Czy może złudne przekonanie, że skrócenie o rok studiów przyspieszy „produkcję" lekarzy? Przecież to da tylko jednorazowe zwiększenie liczby lekarzy w roku, w którym zbiegną się dwa roczniki absolwentów – ten po stażu i ten bez stażu. A może rektorów przekonano inaczej?

Nie bez powodu piszę o „produkcji lekarzy", ponieważ pojawiła się nowa, genialna idea. Wydawało się, że pomysł kształcenia lekarzy w szkołach zawodowych upadł. Ale mędrcy z Miodowej, jak się okazuje, nie zrezygnowali z niego. Został ponownie wprowadzony do ustawy, tym razem przez Senat, który dotąd wykazywał się w sprawach ochrony zdrowia dużym rozsądkiem. A zatem obojętnym jest poziom kształcenia przyszłych lekarzy – chodzi tylko o ilość, a nie o jakość. Bo gdzie studenci uczelni zawodowych będą kształceni teoretycznie? Gdzie nabędą wiedzę praktyczną? W szpitalach powiatowych, systematycznie niszczonych przez obecną ekipę ministerialną?

Dotychczas polscy lekarze cieszyli się na całym świecie znakomita opinią z racji swojego przygotowania do zawodu. Trudno mi zrozumieć, co powoduje ministrem zdrowia, że konsekwentnie dąży do zmiany tego stanu rzeczy i do pogorszenia poziomu kształcenia. Co gorsza, znajduje w tym sojuszników. Nie rozumiem, jakie względy kierowały Senatem RP, ale na pewno nie merytoryczne. Felczeryzacja medycyny staje się faktem. Pozostaje liczyć na to, że kolejny minister pójdzie po rozum do głowy i cofnie złe decyzje. Ale nie po raz pierwszy mam taką nadzieję, a doświadczenie mówi mi coś innego. Na nic się nie zdadzą ustawy o jakości, jeżeli lekarze będą nieprzygotowani do zawodu, a na to się zanosi. Zresztą, nie pierwszy raz piszę, że kadry medyczne, bez których lecznictwo nie będzie funkcjonowało, nie są obiektem zainteresowania ministra. Za kilka lat rzecznicy odpowiedzialności zawodowej będą mieli naprawdę dużo roboty. Chyba że resort zdrowia w swoim niszczycielskim zapędzie zlikwiduje i tę instytucję.

Środowisko medyczne w znacznej mierze wycofało się z Białego Miasteczka ze względu na znów rosnące zagrożenie epidemiczne. Jednak z żądań nie zrezygnował nikt. Zmieniono jedynie formę protestu. Nadal oczekujemy ich spełnienia, wśród nich kluczowego – zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych. Tymczasem na to się nie zanosi. Ministerstwo nadal żongluje liczbami, oszukując opinię publiczną, że o medykach nie wspomnę.

Pandemia szaleje, liczba zgonów coraz wyższa, lecz minister zdrowia nie reaguje. Nie są wprowadzane nawet minimalne ograniczenia, takie jak obowiązek szczepień dla niektórych grup zawodowych, obowiązek okazywania paszportu covidowego przy wejściu do kawiarni, restauracji, kin i innych obiektów, w których gromadzi się większa liczba ludzi. Ludzie chorują i umierają, a ministerstwo zajmuje się rejestrem ciąż – widać, co kogo interesuje, tylko nie wiadomo czemu ten rejestr ma służyć. A ja chciałem nieśmiało przypomnieć, że odpowiedzialności za ludzkie zdrowie i życie nikt z ministra zdrowia nie zdejmie.

Zbliżają się święta Bożego Narodzenia. To czas nadziei. Życzę Państwu wielu sukcesów w pracy i w życiu osobistym, zdrowia, szczęścia i spokoju. Oderwania się od wszystkich problemów dnia codziennego, spokojnych dyżurów i wszystkiego, o czym marzycie. A w życiu zawodowym tego, żeby minister zdrowia zechciał nieco ograniczyć swoją fantazję i pomysły. I oczywiście, jak zwykle tego, żeby nadchodzący rok był lepszy od wszystkich poprzednich. Ja, jak zawsze, mam nadzieję, że w końcu będzie lepiej.

Jerzy Friediger

100 lat! – dobre życzenia czy przekleństwo?

„Sto lat" – to życzenia zwykle wypowiadane z życzliwością i sympatią. Jednak sam jubilat dodaje sobie często w myślach „oby tylko w zdrowiu", bo jeśli będzie inaczej, to te życzenia staną się przekleństwem. Bo chcemy żyć długo, choćby ponad 100 lat, ale w zdrowiu i dobrej kondycji. Jak to zrobić? Może nieco „odwracając" myślenie o profilaktyce?

– *Współczesna medycyna prewencyjna skupia się na zapobieganiu poszczególnym schorzeniom: leczymy nadciśnienie czy zbyt wysoki poziom cholesterolu, żeby zapobiegać zawałom serca i udarom, zlecamy pacjentkom mammografię, aby wcześniej wykryć raka, albo też leczymy osteoporozę, aby zapobiec zgubnym w skutkach złamaniom. Tak naprawdę jednak każde z tych działań pojedynczo ma tylko nieznaczny wpływ na długość życia, bo jednocześnie przegrywamy z innymi chorobami* – stwierdził prof. Steven Cummings z Uniwersytetu Kalifornijskiego podczas niedawnego VIII Środkowo Europejskiego Kongresu Osteoporozy i Osteoartrozy, połączonego z XX Zjazdem Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii.

– *Lepiej spojrzeć na sprawę z przeciwnego punktu widzenia: spowolnienie starzenia i dbałość o jakość życia będzie działać prewencyjnie na większość schorzeń, takich jak chociażby zawały, udary czy złamania biodra, co pozwoli nie tylko wydłużyć życie, ale przede wszystkim wydłużyć życie w zdrowiu* – przekonywał prof. Cummings.

Czy da się to zrobić? Zejdźmy do poziomu komórkowego i zacznijmy od mechanizmów starzenia się organizmów, w których kluczowe znaczenie ma praca mitochondriów i produkcja energii, powstawanie uszkodzeń i autofagocytoza oraz obecność w tkankach tzw. starzejących się komórek.

Mitochondria zmniejszają się z wiekiem, zmniejsza się też ich liczba oraz wydajność produkcji ATP. Mitochondrialne DNA odpowiada za działanie wielu enzymów, lecz, niestety, nie ma możliwości samonaprawy, a jego uszkodzenia-mutacje kumulują się w miarę starzenia się organizmu. Czy da się więc zadbać o lepszą kondycję mitochondriów? Prof. Cummings uważa, że tak i że odpowiedź jest bardzo prosta: trzeba ćwiczyć. Wielu Czytelników się w tym miejscu roześmieje, ale zaprezentowane badania jednoznacznie wskazują, że liczba mitochondriów i ich zdolność do produkcji ATP jest znacząco większa u tych spośród seniorów, którzy regularnie ćwiczą w porównaniu z osobami starszymi prowadzącymi siedzący tryb życia.

Z wiekiem w tkankach pojawia się coraz więcej komórek starzejących się – takich, które straciły już dalszą zdolność do podziału, ale nie uległy zniszczeniu. Prof. Cummings nazywa je *zombie cells*: nie żyją, jednak nie umarły i wyrządzają sporo szkód: produkują zapalne cytokiny i prezentują fenotyp wydzielniczy SASP, który prowadzi do upośledzenia czynności innych komórek. Tutaj nadzieją mogą być leki, suplementy czy produkty żywnościowe, które mają właściwości niszczące starzejące się komórki. Taka grupa środków, zwanych senolitykami, już pojawiła się na rynku i wstępne badania potwierdzają ich skuteczność w niszczeniu starzejących się komórek. Jednak preparaty te wymagają jeszcze rzetelnych analiz, żebyśmy nie wpadli w pułapkę „cudownych pigułek".

Prawdopodobnie jeszcze jedno działanie może nam pomóc w dłuższym utrzymaniu zdrowia – ograniczenie ilości spożywanych kalorii. Ograniczenie kalorii zmniejsza uszkodzenia oksydacyjne, stymuluje biogenezę mitochondriów, zwiększa autofagocytozę. I wiemy, że wydłuża życie robaków, much, myszy i… mieszkańców Okinawy, znanych z fenomenu długiego życia w dobrej kondycji. Do tej pory przeprowadzono dwa wiarygodne badania tego zjawiska na małpach: jedno wykazało zmniejszenie śmiertelności, a drugie nie wykazało tego efektu. Długofalowe badanie pacjentów CALERIE wskazało natomiast, że 10-15-procentowe zmniejszenie spożycia kalorii ma znaczący wpływ na wrażliwość komórek na insulinę oraz ogranicza procesy zapalne.

Świętego Graala długowieczności ludzkość poszukuje od zarania dziejów. Ale najnowocześniejsze badania i analizy naukowe pokazują, że my tę tajemnicę znamy od dawna, podobnie jak mieszkańcy pięknej Okinawy. Recepta na długowieczność jest jednak tak prosta, że nikt w nią nie chce uwierzyć. Trzeba tylko: zdrowo się odżywiać, nie przejadać się i regularnie ćwiczyć. Tylko i aż tyle…

Joanna Sieradzka

Pandemia niczym szkło powiększające

Aż wierzyć się nie chce, że książka, którą właśnie czytam, powstała przeszło siedemdziesiąt lat temu, a więc w 1949 roku. Przedstawiona w niej przez autora wizja była przewidywanym wówczas obrazem przyszłości w perspektywie 35 lat. Państwo już wiedzą, że chodzi mi o słynną opowieść George'a Orwella „Rok 1984", zmarłego zaraz po jej wydaniu. Gdyby analogicznie przyjąć dzisiaj przybliżony punkt widzenia, to należałoby opisać 2056 rok. Jak go Państwo widzą?

Dla przypomnienia tamtej fabuły: Winston Smith, bohater książki, podrzędny urzędnik Ministerstwa Prawdy zajmującego się nieustannym fałszowaniem wszelkich informacji, pisze potajemnie pamiętnik nt. błędnych prognoz rządu i wymazywania niespełnionych obietnic. W państwie rządzonym przez klasę wyższych (2% społeczeństwa) i średnich (13%) funkcjonariuszy partyjnych są jeszcze trzy znaczące ośrodki władzy: Ministerstwo Miłości, strzeżone przez umundurowane kordony, które dba o sprawiedliwe wyroki na niesfornych obywateli i nadaje codziennie „Dwie Minuty Nienawiści"; drugie jest Ministerstwo Pokoju, prowadzące nieustanne wojny, a trzecie Ministerstwo Obfitości utrzymujące produkcję na poziomie ciągłego niedostatku. W finale, przyłapany na gorącym uczynku sporządzania notatek z przebiegu codzienności, bohater zostaje skazany na „pranie mózgu", choć żadnego sądu już nie ma ani także kodeksów stanowiących prawo. A mimo to wyroki są wykonywane i to nadzwyczaj skutecznie.

Dość tej relacji, bo jeszcze ktoś się doszuka analogii. Lepiej „okiem pacjenta" skorzystać z metody opisanej przez Orwella, a zwanej „ewaporacją", polegającej na całkowitym wymazaniu bohatera z wszelkich dowodów istnienia. A więc z rejestrów stanu cywilnego, ze świadectw szkolnych, z dokumentacji medycznej, z dowodów bankowych, handlowych, własności hipotetycznej, z łamów gazet lub książek, jeśli nazwisko zostało gdzieś wspomniane, a nawet z recept lub kwitków parkowania. Wtedy możemy być spokojni o zwycięstwo wyborcze.

Notabene z całkiem prawdziwych prognoz demograficznych GUS wynika, że za 35 lat (jeśli nie zmienimy polityki „prorodzinnej") będzie nas rdzennych Polaków około 27 milionów. I na nic wzrosty wynagrodzeń, one nie zastąpią żłobków, przedszkoli, szkół, tanich mieszkań, gwarancji miejsca pracy dla kobiety po urlopie macierzyńskim, dostępnej dla wszystkich opieki zdrowotnej, możliwości uprawiania sportu i rekreacji itp. To się wszystko nazywa polityką socjalną, spychaną u nas dodrukiem pieniędzy w zapomnienie. A tymczasem u pobliskich Skandynawów zamiast obniżania podatków wciąż je podwyższają. I co? Uchodzą za najlepiej się mających w świecie.

Brakuje danych, a może nawet jakichkolwiek badań na temat przenoszenia się pacjentów do prywatnej ochrony zdrowia. Wiadomo tylko, że zyski korporacji medycznych rosną. Kogo stać, ten zmyka z publicznej ochrony zdrowia nie dlatego, że jest gorsza, bo tam pracują ci sami lekarze. Ucieka, bo jej organizacja jest dramatycznie splątana rozmaitymi zakazami, nakazami, wymogami, przepisami, rygorami. Prawdziwej wirtuozerii wymaga kierowanie dzisiaj publicznym szpitalem. I nie ma siły, w tej sytuacji każdemu można zarzucić, że czegoś nie dopełnił. Czy o to chodzi, by wszystkich trzymać na uwięzi?

Samorząd ustawicznie wskazuje na legislacyjne błędy, na wady systemu edukacji, na potknięcia w polityce lekowej, kadrowej, finansowej. Pandemia to wszystko, tę pokraczną rzeczywistość, niczym szkło powiększające ujawniła.

Okiem pacjenta spogląda się na to z pewnego rodzaju przerażeniem. Bez wprowadzenia elementarnych rygorów, nazwijmy to przywilejów dla zaszczepionych, system się załamie. To znaczy, że nie będzie miejsc w szpitalach dla doświadczonych zawałem, dla chorych onkologicznie, dla poranionych w wypadkach, dla cierpiących z wielu innych powodów. Będą miejsca tylko dla uprzywilejowanych, którzy się nie zaszczepili i niosą zarazę. Taka jest najwyraźniej koncepcja resortu.

Brakuje tylko pomysłu, jak się pozbyć tych, którzy się zaszczepili.

Stefan Ciepły

O związkach Wyspiańskiego z promieniami X

125 lat polskiej radiologii

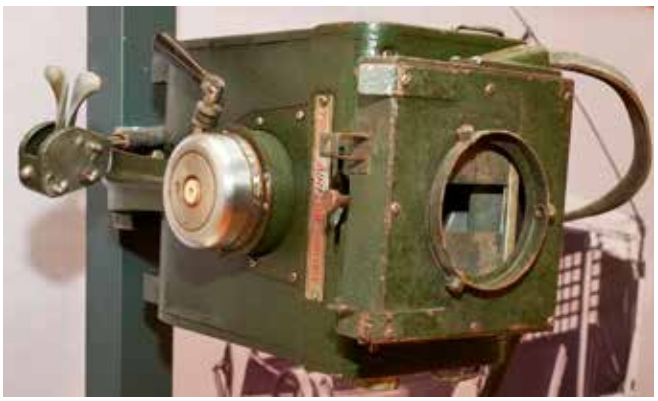
5 stycznia 1896 roku świat dowiedział się o odkryciu, które było jednym z najważniejszych w medycynie – o wykryciu promieniowania pozwalającego prześwietlić ciało człowieka. Odkrywca, profesor fizyki Wilhelm Roentgen z Uniwersytetu w Würzburgu, nazwał je promieniami X. Kilka dni później doświadczenie Roentgena z sukcesem powtórzył w Krakowie prof. Karol Olszewski. I tak zaczęła się historia polskiej radiologii, której jubileusz obchodzony jest w tym roku. Obchody zainaugurowano 21 stycznia br. – w rocznicę pierwszej notatki prasowej o doświadczeniach Olszewskiego – odsłonięciem pamiątkowej tablicy w szkole w Broniszowie, gdzie urodził się pionier polskiej radiologii. Zwieńczeniem jubileuszu jest wystawa otwarta na początku grudnia w Domu Technika NOT przy ul. Straszewskiego 28 w Krakowie.

– To właściwie dwie wystawy – jedna typowo jubileuszowa, druga bardziej ponadczasowa – wyjaśnia prof. Andrzej Urbanik, kierownik Katedry Radiologii UJ CM, autor wystawy.

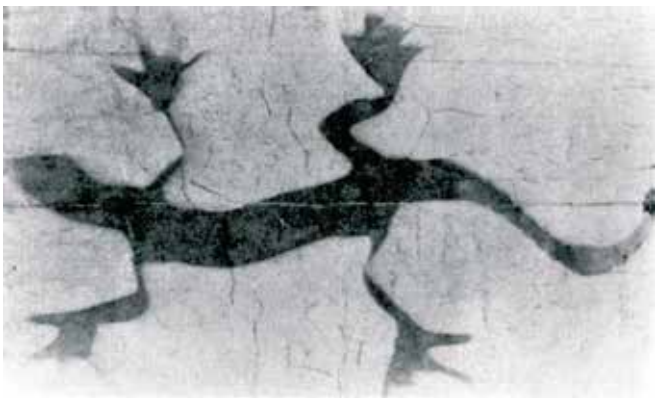
A wśród eksponatów zgromadzonych przy ul. Straszewskiego z okazji jubileuszu radiologii można zobaczyć nie tylko kopie pierwszych zdjęć rentgenowskich, wycinki z ówczesnej prasy, dokumenty, zabytkowy fartuch ochronny radiologa, aparaty RTG z okresu międzywojennego, wojskowy aparat RTG z czasów II wojny światowej, ale także zrekonstruowany zestaw, jakim posługiwał się prof. Olszewski. Skonstruował go wraz z asystentami Tadeuszem Estreicherem i Edwardem Drozdowskim, korzystając z doniesień prasowych o odkryciu Roentgena. Używając bardzo prostego generatora promieni X, Olszewski najpierw wykonywał zdjęcia różnych przedmiotów, potem prześwietlił ozdobioną pierścionkami rękę Estreichera, by w końcu, już w lutym 1896 roku, na skutek usilnych próśb prof. Alfreda Obalińskiego, wykonać pierwsze zdjęcie do celów klinicznych – kontuzjowanego stawu łokciowego jednego z pacjentów krakowskiego chirurga. Tym samym nasza radiologia znalazła się w światowej czołówce postępu.

Kopia zestawu, przy pomocy którego prof. Olszewski wykonał pierwsze polskie zdjęcia rentgenowskie

Badania mumii - jedna z wielu możliwości radiologii



Aparat RTG używany przez wojsko w czasie II wojny światowej



Pierwsze polskie zdjęcie rentgenowskie (przycisk z brązu w kształcie jaszczurki)

Ekspozycja poświęcona tomografii komputerowej

Prof. Andrzej Urbanik odbiera nagrodę Polonia Minor

Wkrótce medycyna nie potrafiła się już obejść bez zdjęć rentgenowskich. To, co stworzono później, także prezentowany na wystawie model tomografu komputerowego, jest tylko rozwinięciem myśli prekursorów obrazowania. Ekspozycja pokazuje również mniej znane oblicze radiologii – możliwości jej niemedycznego wykorzystania, np. w badaniach archeologicznych (zdjęcia RTG i badania TK mumii egipskich) czy w kryminalistyce. Zwiedzający mogą się także dowiedzieć, jakie związki z odkryciem Roentgena i sukcesem Olszewskiego miał Stanisław Wyspiański.

– Drugą, równoległą wystawę nazwaliśmy „Świat w promieniach elektromagnetycznych". Są nimi zarówno promienie widzialne, jak również promienie X. Można więc tu porównać zdjęcia fotograficzne i rentgenowskie kwiatów czy muszli. Do obejrzenia jest też bogata kolekcja zabytkowych aparatów fotograficznych – wyjaśnia prof. Urbanik.

Wystawę jubileuszową przygotowano pod patronatem prezydenta Krakowa prof. Jacka Majchrowskiego, rektora UJ prof. Jacka Popiela oraz prorektora UJ ds. Collegium Medicum prof. Tomasza Grodzickiego. W jej otwarciu wzięli udział przedstawiciele nie tylko Uniwersytetu, ale też władz Krakowa i Małopolski. Katedra Radiologii UJ CM została uhonorowana przyznawaną przez Marszałka Małopolski i przewodniczącego Sejmiku Wojewódzkiego nagrodą „Polonia Minor", którą w imieniu wszystkich pracowników, dawnych i obecnych (Katedra Radiologii obchodzi w tym roku jubileusz 70-lecia) odebrał prof. Andrzej Urbanik. Wyróżnienie to jest „wyrazem uznania i podziękowania za zasługi na rzecz krajowej radiologii oraz stały rozwój jednostki stanowiącej ważny element regionalnego systemu ochrony zdrowia". Oczywiście, nie zabrakło także indywidualnych nagród i odznaczeń. Polska radiologia, mimo wielu przeciwności, wciąż ma powody do dumy.

(jgh)

fot. Jerzy Sawicz

Farmakologia

Interakcje leków – próba analizy przyczyn nasilania się tego zjawiska

Dr hab. Jarosław Woroń, prof. dr hab. Ryszard Korbut

Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM, Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Zmaganie się z problemem interakcji leków to jedno z największych wyzwań dla współczesnej farmakoterapii. Jak wynika z badań prowadzonych w Uniwersyteckim Ośrodku Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków w Krakowie, w których przeanalizowano 5000 preskrypcji pod kątem niekorzystnych interakcji lekowych, aż w 19,8% przypadków interakcje dotyczą leków stosowanych jednoczasowo. Indukują one wzajemne oddziaływania i często prowadzą do komplikacji terapeutycznych, nie wspominając już o zagrożeniu zdrowia i życia pacjenta. Okres pandemii (teleporady) dodatkowo nasilił te niekorzystne zjawiska.

Powstaje pytanie, jak postrzegamy przyczyny tak znacznego wzrostu częstotliwości występowania klinicznie istotnych interakcji?

Przyczyny interakcji leków

PRZYCZYNA	PRAŹRÓDŁO
Nieświadomość	Mylne przekonanie, że w mojej praktyce lekarskiej nie zdarzają się problemy, których powodem jest polifarmakoterapia.
Lekceważenie znaczenia interakcji	Brak wiedzy, że interakcje lekowe mają znaczenie w praktyce, a każdy podany pacjentowi lek działa na organizm pacjenta zależnie od innych leków.
Wykorzystywanie do oceny ryzyka interakcji lekowej wyłącznie programów multimedialnych	Programy komputerowe zwykle nie uwzględniają, czy pacjent stosuje jednoczasowo kilka leków. Często nie zawierają też najbardziej istotnego czynnika, który rozstrzyga o znaczeniu klinicznym interakcji. Jest nim aktualnie stosowana dawka leku.
Bezrefleksyjne stosowanie standardów terapeutycznych u pacjenta z wielochorobowością	Standardy postępowania terapeutycznego odnoszą się najczęściej do jednej przypadłości i nie pomagają odpowiedzieć na pytanie, jak kojarzyć standardowe leki u pacjentów z wielochorobowością.
Spóźniona weryfikacja zleconej farmakoterapii	W przypadku pojawienia się nowych elementów w obrazie choroby pacjenta należy zawsze rozważyć, czy nie stanowią one przeciwwskazań do stosowania poszczególnych leków.
Stosowanie leków zbędnych	Pacjenci bez konsultacji stosują leki, dla których aktualnie nie ma wskazań. Każdy dodatkowy lek to wzrost ryzyka występowania działań niepożądanych.

Z analiz interakcji leków wynika, że w praktyce istnieje zaledwie kilkanaście leków, które najczęściej wchodzą w interakcje z uwagi na swój profil farmakokinetyczno-farmakodynamiczny. Najważniejsze z nich zebrano w tabeli poniżej.

Leki najczęściej wchodzące w interakcje podczas polifarmakoterapii (kolejność alfabetyczna)

antagoniści wapnia, głównie pochodne 1,4 – dihydropirydyny	**leki antycholinergiczne**
doustne antykoagulanty niebędące antagonistami	**metoprolol**
witaminy K	**paracetamol**
inhibitory pompy protonowej (PPI)	**spironolakton**
inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI)	**statyny**
klarytromycyna	**tramadol**
	warfaryna

Przykładem nieprawidłowości w farmakoterapii jest także zjawisko duplikacji leków, czyli zwiększania liczby leków, które nie tylko nie poprawiają skuteczności prowadzonego leczenia, ale dodatkowo jeszcze zwiększają ryzyko wystąpienia powikłań. W tabeli zebrano najczęściej występujące w praktyce połączenia o typie duplikacji.

Najczęstsze przypadki duplikacji leków

LEKI	KONSEKWENCJE
Niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane ogólnie	Brak poprawy efektu analgetycznego, zwiększenie ryzyka uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, wątroby oraz nerek.
Spazmolityki muskulotropowe	Najczęściej dotyczy kojarzenia drotaweryny z alweryną lub mebewryną. Skojarzenie takie nie poprawia skuteczności, zwiększa natomiast ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych, w tym dyspulsji.
Adrenolityki alfa-1	Najczęściej dotyczy kojarzenia doksazosyny z uroselektywnymi alfa-1 blokerami – tamsulozyna, alfuzosyna, sylodosyna. Skojarzenie takie nie poprawia skuteczności, natomiast znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia hipotonii.
Tramadol + silne analgetyki opioidowe z III stopnia drabiny analgetycznej	Brak poprawy skuteczności analgetycznej, wzrost ryzyka wystąpienia sensytyzacji i hiperalgezji wtórnej.
Inhibitory konwertazy angiotensyny + sartany	Połączenie to zwiększa ryzyko uszkodzenia nerek, może być stosowane tylko w szczególnych przypadkach.

UWAGA: interakcje, które są wywołane nieprawidłowym połączeniem leków, najczęściej zdarzają się w populacji geriatrycznej oraz u pacjentów leczonych w ramach opieki paliatywnej.

Zgodnie z prawem

Epidemia COVID-19 a podejmowanie uchwał o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty ze względów zdrowotnych.

Samorząd lekarski sprawuje na mocy ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich orzecznictwo w przedmiocie orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty (art. 5 pkt 6 cyt. ustawy). Organem orzekającym o niezdolności do wykonywania zawodu jest okręgowa rada lekarska (na podstawie art. 25 pkt 4 cyt. ustawy).

Zgodnie z procedurą zawartą w art. 12 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli ORL stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza, lekarza dentysty (dalej będziemy używać wspólnego określenia „lekarz") do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu, to powołuje komisję złożoną z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny. Następnie komisja wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności. W dalszej kolejności, na podstawie orzeczenia komisji, okręgowa rada lekarska może podjąć uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lekarzowi albo o ograniczeniu mu wykonywania określonych czynności medycznych na okres trwania niezdolności. Zainteresowany lekarz jest uprawniony do udziału w posiedzeniu ORL w czasie rozpatrywania jego sprawy, a uprawnienie to wynika wprost z przepisu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 12 ust. 3 cyt. ustawy).

Słuszność tego przepisu nie budzi wątpliwości. Lekarz powinien mieć możliwość złożenia wyjaśnień członkom rady, która będzie decydować o jego zawodowym „być albo nie być". Wprawdzie okręgowa rada lekarska na podstawie zacytowanego przepisu posiada uprawnienie do zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na czas trwania jego niezdolności związanej ze stanem zdrowia, ale w praktyce oznacza to pozbawienie go możliwości zarobkowania przez okres co najmniej 6 miesięcy. Wynika to stąd, że dopiero po upływie tego czasu lekarz może wystąpić z wnioskiem o uchylenie uchwały zawieszającej mu prawo wykonywania zawodu. Są to sprawy zawsze bardzo trudne, związane z osobistymi dramatami lekarza i jego rodziny.

Wątpliwości interpretacyjne odnośnie konieczności umożliwienia lekarzowi uczestnictwa w posiedzeniu rady pojawiły się w związku z art. 14hb ustawy z 20 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1842 – tj. – z późn. zmn.). Przepis ten umożliwia, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, kolegialnym organom samorządu zawodowego (okręgowym radom lekarskim) podejmowanie uchwały przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub w trybie obiegowym.

Kiedy powstaje ten artykuł, wspomniany zapis jest bardzo aktualny ze względu na panującą właśnie czwartą falę epidemii COVID-19 i dramatycznie rosnącą krzywą zachorowań i zgonów. Jeżeli chodzi o podejmowanie uchwał na odległość za pomocą aplikacji lub formę mieszaną (hybrydową), to bez wątpienia zapewnia ona możliwość stawiennictwa lekarza na obradach okręgowej rady lekarskiej, czy to osobiście w siedzibie izby, czy też za pomocą aplikacji pozwalających na uczestnictwo online. Takie rozwiązania były w praktyce stosowane i sprawdziły się. Swoboda wypowiedzi lekarza była zapewniona, a członkowie rady mogli zadawać mu pytania. Jednak druga z przewidzianych wskazanym wyżej przepisem form podejmowania uchwał, tj. w trybie obiegowym, jest *de facto* formą pisemną.

I tu rodzi się pytanie, czy rzeczywiście może być ona zastosowana do podejmowania uchwał w omawianym przypadku, choć przepis ustawy „covidowej" wprost ją przewiduje? W praktyce trudno wyobrazić sobie zastosowanie tej formy do przedstawienia stanowiska przez lekarza i udzielania odpowiedzi na pisemne pytania członków rady. Przewidziana w art. 14hb cytowanej ustawy możliwość podejmowania uchwał w trybie obiegowym stanowi technikę legislacyjną, a nie formę prowadzenia obrad przez okręgowe rady lekarskie. Należy rozróżnić te dwie kwestie.

Zatem czy zapis art. 14 hb ustawy z 20 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych ustawy stanowi *lex specialis* w stosunku do art. 12 ust. 3 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty zapewniającego lekarzowi możliwość osobistego udziału w posiedzeniu rady? Na to pytanie należy odpowiedzieć negatywnie. Nawet ze względu na obostrzenia związane z epidemią nie można pozbawić lekarza możliwości osobistego stawiennictwa i wypowiedzenia się przed okręgową radą lekarską. Przepisy ustawy „covidowej" nie uchylają tego prawa.

mec. Anna Gut
koordynatorka Zespołu Radców Prawnych OIL w Krakowie

Reklama w ochronie zdrowia

Reklama jest uznawana za element niezbędny w wymianie gospodarczej. Jej pierwsze formy pojawiły się już w czasach starożytnych, ale rozwój nastąpił dzięki wynalezieniu druku, a następnie rozpowszechnieniu wszelakich środków masowego przekazu. Dziś trudno sobie wyobrazić świat bez reklam.

Do różnych aspektów reklamy odnosi się także szereg aktów prawnych, w tym m.in. ustawa z 16 kwietnia 1993 r. *o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji*, ustawa z 26 stycznia 1984 r. – *Prawo prasowe* oraz ustawa z 19 listopada 2009 r. *o grach hazardowych*. Problematyka reklamy stanowiła również przedmiot badania orzecznictwa sądowego.

Uznając „reklamę" za element działalności gospodarczej należy pamiętać o uregulowaniach konstytucyjnych, które głównie w przepisie art. 22, kreując jako zasadę swobodę działalności gospodarczej, stanowią, że jej ograniczenie jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że kwestie reklamowania i informowania o różnych aspektach działalności prowadzonej w obszarze ochrony zdrowia podlegają szczególnym, nierzadko bardzo rygorystycznym obostrzeniom prawnym. Przykładowo można wskazać tu na regulacje: ustawy z 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, ustawy z 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu narkomanii* czy ustawy z 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne*.

Ustawa o działalności leczniczej

Szczególne znaczenie dla kwestii informowania o placówkach medycznych ma ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 14 ust. 1 cyt. ustawy: *„Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy"*. W kolejnych przepisach doprecyzowany został m.in. zakres informacji udzielanej na wniosek pacjenta oraz tryb udzielania informacji o świadczeniach zdrowotnych pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej. Przywołane obowiązki informacyjne

oraz zakaz reklamy dotyczą podmiotów wykonujących działalność leczniczą, czyli także lekarzy i lekarzy dentystów, wykonujących zawód w ramach praktyk zawodowych.

Ustawa o działalności leczniczej nie definiuje pojęcia „reklama". Słownik języka polskiego PWN określa „reklamę" jako: *1. działanie mające na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług; 2. plakat, napis, ogłoszenie, krótki film itp. służące temu celowi.* Dla zrozumienia znaczenia tego pojęcia pomocniczo możemy odwołać się także do definicji sformułowanych na gruncie innych uregulowań prawnych, tj. np. ustawy z 29 grudnia 1992 r. *o radiofonii i telewizji*, w której za „reklamę" uznaje się „(…) *przekaz handlowy pochodzący od podmiotu publicznego lub prywatnego, w związku z jego działalnością gospodarczą lub zawodową, zmierzający do promocji sprzedaży lub odpłatnego korzystania z towarów lub usług; reklamą jest także autopromocja"* (por. art. 4 pkt 17).

Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej

Zasady podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych zostały doprecyzowane przez Naczelną Radę Lekarską w uchwale nr 29/11/VI z 16 grudnia 2011 r.

Zgodnie z ww. uregulowaniem lekarz lub lekarz dentysta wykonujący praktykę zawodową może informować o udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przy czym informacja taka powinna zawierać: tytuł zawodowy, imię i nazwisko, miejsce, dni i godziny przyjęć. Może ona obejmować również: rodzaj wykonywanej praktyki zawodowej; stopień naukowy; tytuł naukowy; specjalizacje; umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych; szczególne uprawnienia; numer telefonu; określenie cen i sposobu płatności w przypadku przekazywania tych informacji poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne. Uchwała określa formy, w jakich ww. informacje mogą być udostępniane (np. tablice ogłoszeniowe, ogłoszenia prasowe w rubrykach dotyczących usług medycznych, specjalne telefony informacyjne, itd.)

W uchwale jednoznacznie wskazuje się też, że informacja taka nie może nosić cech reklamy, a w szczególności zawierać:

1) żadnej formy zachęty ani próby nakłonienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
2) informacji o metodach, ich skuteczności i czasie leczenia oraz obietnic i potocznych określeń;
3) określenia cen i sposobu płatności, z wyjątkiem przekazywania tych informacji przez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne;
4) informacji o jakości sprzętu medycznego.

Kodeks Etyki Lekarskiej

Do kwestii informowania o udzielanych świadczeniach medycznych i zakazu reklamy odnoszą się niektóre zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którymi:

– praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem, a lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych *(por. art. 62 KEL);*
– lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych *(por. art. 63 KEL);*
– lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów *(por. art. 65 KEL);*
– lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania, jak i kosztach leczenia *(por. art. 66 ust. 4 KEL).*

Należy podkreślić, że naruszenie zasad określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej może skutkować wszczęciem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i finalnie wymierzeniem kar zawodowych przewidzianych ustawą *o izbach lekarskich*.

Kodeks wykroczeń

Naruszenie zakazu reklamowania w obszarze świadczeń medycznych może skutkować również odpowiedzialnością za popełnienie wykroczenia. Zgodnie z art. 147a §2 Kodeksu wykroczeń karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny może podlegać ten, kto podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, mające formę i treść reklamy.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że pojęcie „podanie informacji do publicznej wiadomości" – *„oznacza kierowanie jej do niezidentyfikowanego, abstrakcyjnego odbiorcy czy klienta w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią nieokreślonej liczbie osób, np. w radiu, prasie, internecie itp."* (por. Lachowski Jerzy (red.), „Kodeks wykroczeń. Komentarz", WKP 2021 i pow. tam lit.)

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE

Problematyka „reklamy" w ochronie zdrowia znalazła także swoje odzwierciedlenie w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, w wyroku z 4 maja 2017 r. w spr. *Vanderborght* (sygn. sprawy: C-339/15). Trybunał rozpatrujący sprawę z wniosku przedstawionego w ramach procedury karnej wszczętej przeciwko dentyście z Belgii, któremu zarzucono naruszenie krajowych przepisów zakazujących wszelkiej reklamy świadczeń leczenia ust i zębów,

stwierdził w szczególności, że przepisy krajowe w zakresie, w jakim ustanawiają ogólny i całkowity zakaz wszelkiej reklamy świadczeń stomatologicznych, mogą być na gruncie prawa unijnego uznane jako regulacja nadmiernie ograniczająca swobodę świadczenia usług. Trybunał, formułując taką ocenę, odwołał się w szczególności do przepisów Dyrektywy 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 8 czerwca 2000 r. *(„dyrektywa o handlu elektronicznym")* oraz art. 56 *Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej.* Analizując powyższe orzeczenie, w kontekście uregulowań prawa polskiego, warto mieć na uwadze, że zapadło ono w konkretnej, indywidualnej sprawie, a jego ustalenia w wymiarze ogólnym na gruncie polskim powinny być raczej odczytywane jako wskazówka dla odpowiednich władz celem przeprowadzenia oceny, na ile aktualnie obowiązujący krajowy stan prawny w sferze zakazu reklamy w ochronie zdrowia z nimi koresponduje. Chociaż godzi się wskazać, że jego ustalenia już powoływane są w krajowym obiegu prawnym – por. uzupełnienie skargi konstytucyjnej w sprawie sygn. SK23/15 (dot. kwestii zakazu reklamy aptek).

Na kanwie omawianej sprawy 24 stycznia 2019 r. Komisja Europejska wystosowała do rządu polskiego wezwanie do usunięcia uchybienia (Letter of formal notice) w sprawie ograniczeń dotyczących reklamy w sektorze usług (naruszenie art. 56 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej i dyrektywy usługowej) – zob. naruszenie nr INFR(2018)4028. Jak wynika z odpowiedzi udzielonej Autorowi niniejszego tekstu przez Punkt Informacyjny Przedstawicielstwa Komisji Europejskiej w Polsce: *„W komisyjnej bazie danych decyzji w sprawie naruszeń brakuje informacji nt. przekazania przez Komisję sprawy do Trybunału, co sugeruje, że takie przekazanie jeszcze nie nastąpiło".* Jednakże warto zwrócić uwagę, że ww. bazie sprawa omawianego naruszenia opatrzona jest aktualnie zapisem „ w toku".

Można się w związku z tym zastanawiać, na ile omawiane rozstrzygnięcie może mieć wpływ na konieczność analizy i modyfikacji aktualnie obowiązującego w ochronie zdrowia zakazu reklamy, pod kątem obserwowanej komercjalizacji usług medycznych. Szczególnie w sytuacji, gdy udzielane są one z wykorzystaniem różnego typu rozwiązań telekomunikacyjnych.

mgr Dariusz Dziubina

Polski Ład – rewolucja podatkowa 2022

Polski Ład – temat tyleż kardynalny dla Polaków, obszerny, skomplikowany, co jednocześnie generujący żarty i złorzeczenia. Kardynalny dlatego, że dotyka każdego obywatela Rzeczypospolitej: emeryta, pracownika, przedsiębiorcę, a także wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. A swoją monstrualnością legislacyjną wręcz onieśmiela.

W dniu 23 listopada 2021 r. w Dzienniku Ustaw została opublikowana ustawa z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 r. poz. 2105). Ten akt prawny liczy sobie „zaledwie" 89 artykułów, jednakże zostały one pomieszczone drobnym drukiem aż na 140 stronach. Ustawa, na co wskazują tysiące jej komentatorów, wprowadza ogromną liczbę zmian w przepisach różnych ustaw, przez co jej przeanalizowanie i zrozumienie z pewnością będzie trwało przez najbliższych kilka miesięcy. Niniejszy artykuł jedynie sygnalizuje problem, którym postaramy się zająć (także na prośbę Czytelników „GGL") bardziej szczegółowo w kolejnych wydaniach gazety.

Od wielu już miesięcy toczyły się dyskusje na temat najistotniejszych zmian, jakie projektowane podówczas, a obecnie uchwalone przepisy wprowadzą. Mówi się oczywiście o dwóch zasadniczych kierunkach zmian:

1) zmiany w prawie podatkowym, a ściślej w zasadach podlegania, naliczania i w wysokości różnych podatków dochodowych od osób fizycznych, oraz

2) zmiany w prawie ubezpieczeń zdrowotnych w zakresie wysokości składki, podstawy jej wymiaru oraz – co najistotniejsze – zniesienia konstrukcji odliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne od naliczonego podatku dochodowego od osób fizycznych.

I tutaj dotykamy sedna problemu. Pomimo rozbijania tej reformy na dwie ww. części, w istocie można mówić wyłącznie o jednym zagadnieniu: wysokości obciążeń publicznoprawnych obywateli względem państwa. Aby to zrozumieć, trzeba by było przeanalizować charakter polskiego systemu tzw. ubezpieczenia zdrowotnego. Dla osób obeznanych z zagadnieniem nie powinno być bowiem wątpliwości, że system ten jest systemem zabezpieczenia zdrowotnego (społecznego), podobnym do tego istniejącego do 1998 r. Składki na tzw. ubezpieczenia zdrowotne mają dokładnie ten sam charakter jak podatki płacone do budżetu, są ściągane z wykorzystaniem tego samego przymusu państwowego, jak w przypadku podatków, i nie mają waloru ekwiwalentności świadczeń wzajemnych, podobnie jak rzeczone podatki. Z ekonomicznego punktu widzenia są to takie same przymusowe daniny publiczne, które w taki sam sposób składają się na koszty życia obywatela lub koszty prowadzonej działalności gospodarczej przedsiębiorcy (obciążają uzyskiwany dochód).

Dlaczego dziś tak wiele osób jest zaskoczonych i oburzonych tymi zmianami? Dzieje się tak z bardzo prostego powodu. Otóż w 1999 r., gdy wdrażano pierwsze powojenne ubezpieczenie zdrowotne (Kasy Chorych), władza publiczna musiała podjąć określoną decyzję. Do 31 grudnia 1998 r. tzw. bezpłatna opieka zdrowotna w Polsce była finansowana z budżetu państwa. Minister zdrowia, ze swojego działu w tym budżecie, przekazywał środki wojewodom, a ci w formie dotacji budżetowej przekazywali je dalej do państwowych zakładów opieki zdrowotnej. Co oczywiste, środki na ten cel były gromadzone z podatków płaconych przez obywateli, głównie z podatków dochodowych. W związku z tym, kiedy w 1999 r. obywatel miał wnosić odrębną składkę na ubezpieczenie zdrowotne do Kas Chorych, budżet państwa został „zluzowany" w tym zakresie ze swoich obowiązków, a zatem nie mógł już żądać od obywatela podatków w tej samej wysokości. Budżetowi państwa odpadły wydatki na opiekę zdrowotną dla obywateli, a rolę państwa w tym zakresie przejęły Kasy Chorych za środki wyciągnięte poza budżet, czyli ekstra płatną składkę. Logicznym wydawało się, że w tym momencie powinny być Polakom obniżone podatki dochodowe o kwotę (skalę) płaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne. **Jednak zdecydowano inaczej: władza postanowiła utrzymać podatki dochodowe na niezmienionej wysokości, natomiast, aby zrekompensować obywatelom koszt składki na ubezpieczenie zdrowotne, wprowadzono mechanizm odliczenia tej składki od kwoty naliczonego podatku dochodowego.**

Dlatego dziś wielu uważa, że Polski Ład łamie umowę społeczną z 1999 r., dotyczącą sposobu finansowania reformy opieki zdrowotnej, a proponowane w nim obecnie zmiany w istocie wprost powodują wzrost obciążeń publicznoprawnych, potocznie nazywanych wzrostem opodatkowania obywateli.

Dlaczego wzrosną obciążenia publiczne obywateli? Otóż, dziś z 9% składki na ubezpieczenie zdrowotne odliczeniu od podatku podlega kwota 7,75%. Reszta, czyli 1,25%, to obecnie „ekstra" obciążenie naszego dochodu. Z kolei osoby prowadzące działalność gospodarczą płacą jedynie zryczałtowaną składkę zdrowotną (bez względu na faktyczne dochody z tej działalności), liczoną od 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, czyli dziś od kwoty 4242,38 zł. Reszta dochodu z działalności była wolna od obciążenia składkowego.

Po wprowadzonych zmianach:

1) znika całkowicie odliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku, a zatem składka zdrowotna w całości obciąża nasz dochód, jako dodatkowy „podatek" – osobom najniżej zarabiającym ma to rekompensować podwyższona do 30.000 zł kwota dochodów wolna od podatków,

2) osoby wykonujące działalność gospodarczą:
   a) rozliczające się na zasadach ogólnych będą płacić składkę 9% i korzystać z wyższej kwoty dochodów wolnych od podatków,
   b) rozliczające się podatkiem liniowym będą płacić składkę 4,9%, ale nie będą korzystać z kwoty dochodów wolnych od podatków,

3) jednak – co najistotniejsze i najdotkliwsze – każda osoba wykonująca działalność gospodarczą będzie płaciła składkę zdrowotną **od całości osiągniętego w danym miesiącu dochodu**, a nie jedynie od kwoty zryczałtowanej (obecnie 4242,38 zł). Zatem co miesiąc składka ta może mieć różną wysokość, podobnie jak podatek dochodowy.

Tyle tytułem wprowadzenia. Do tematu wrócimy w kolejnym wydaniu „GGL".

mec. Tomasz Pęcherz

Krosno

Zgodnie z decyzją Wojewody Podkarpackiego z dniem 3 listopada 2021 r. do odwołania stanu epidemii na terytorium Polski SPZOZ w Sanoku realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, zapewniając 134 łóżka, w tym:

– 3 łóżka dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2,
– 127 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2,
– 4 łóżka intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Od 30 października 2021 r. przeznaczone w całości do leczenia pacjentów z COVID-19 są oddziały: obserwacyjno-zakaźny, kardiologiczny, pulmonologiczny, otolaryngologiczny oraz chorób wewnętrznych. Na przełomie października w Szpitalu w Sanoku nastąpił gwałtowny przyrost pacjentów chorych na COVID-19 – z 68 w dniu 29 października do 108 chorych 3 listopada.

Trwają zdjęcia do nowej produkcji krośnieńskiej Telewizji Obiektyw. Tym razem będzie to opowieść o profesorze Rudolfie Weiglu, wynalazcy szczepionki przeciw tyfusowi plamistemu. Film powstaje w ramach realizowanego przez Telewizję Obiektyw cyklu „Polscy Wizjonerzy", którego celem jest prezentacja wybitnych Polaków – mężów stanu, wynalazców i przedsiębiorców.

Bogdan Miszczak, producent filmu realizowanego pod roboczym tytułem „Zwyciężyć tyfus", podkreśla, że profesor Weigl był związany z Podkarpaciem (w latach 1915–1918 pracował w szpitalu wojskowym w Przemyślu, a w 1918 objął tam kierownictwo nowo powstałej pracowni badań nad tyfusem plamistym). Poza tym, rocznica – 100-lecie opracowania szczepionki przeciw tyfusowi, jest dobrą okazją do przypomnienia postaci prof. Weigla. Jego historię poznamy z perspektywy pięcioosobowej rodziny, zamkniętej w domu z powodu pandemii koronawirusa. Piotr wraca wspomnieniami do opowieści swojej matki, uratowanej w czasie wojny przez prof. Weigla. W postać młodego Rudolfa Weigla wciela się Aleksander Talkowski. Na ekranie zobaczymy także m.in. Tomasza Stockingera, Mateusza Mikosia, Kamilę Bestry-Kuźmę, Adama Gołąba oraz Kubę Kaszowicza. W tym roku zdjęcia realizowane były w Jaśle, sanockim skansenie oraz Żurawicy pod Przemyślem.

– W przyszłym roku, mam nadzieję, że z Arturem Dziurmanem w roli dojrzałego Rudolfa Weilga rozpoczniemy drugą część zdjęć – mówi Bogdan Miszczak.

Scenariusz do filmu napisała Małgorzata Sobieszczańska. Projekt uzyskał dofinansowanie ze środków Instytutu Dziedzictwa Myśli Narodowej im. R. Dmowskiego i I.J. Paderewskiego, w ramach Funduszu Patriotycznego.

Premiera filmu planowana jest na jesień 2022 r.

(źródło: portal Krosno112)

Serdecznie dziękuję doktorowi Wojciechowi Kolanko za uczczenie pamięci lekarzy spoczywających na cmentarzu komunalnym w Krośnie, poprzez zapalenie na ich grobach zniczy OIL.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno

Nowy Sącz

Covid zdominował służbę zdrowia, a czwarta fala jest traktowana przez zarządzających z pobłażaniem. Nie informuje się, że pacjenci z koronawirusem to w szpitalach w 99% osoby niezaszczepione, zajmujące łóżka przeznaczone do leczenia innych chorych. Nie walczy się z bzdurnymi informacjami przeciwników szczepień. Nie podaje się danych mówiących o zgonach na COVID-19 w poszczególnych przedziałach wiekowych, nie alarmuje, że chorują i umierają coraz młodsi, ale niezaszczepieni, a zgony osób zaszczepionych dotyczą głównie ludzi starszych, obciążonych innymi chorobami. Na domiar wszystkiego likwiduje

się szpitale tymczasowe, jak np. w Krynicy-Zdroju, który działał na bazie tzw. Szpitala Wojskowego (właściwie to sanatorium). Szpital ten, dysponujący 30 miejscami dla chorych na COVID-19, powstał przed rokiem, ogromnym nakładem kosztów został wyposażony w specjalną instalację tlenową, elektryczną itp., by służyć przez trzecią falę epidemii. Po jej przejściu przywrócono mu jednak poprzednią funkcję, demontując, często niszcząc całą kosztowną infrastrukturę „covidową". Trudno zrozumieć takie marnotrawstwo i krótkowzroczność. To po prostu skandal.

Wykaz łóżek covidowych w szpitalach na terenie Delegatury – dane z 24.11. br.:

- **Szpital Nowy Sącz**: łącznie 66 łóżek dla pacjentów z COVID-19, w tym: 59 łóżek covidowych, 4 łóżka respiratorowe, 3 łóżka na SOR dla pacjentów z podejrzeniem infekcji.
- **Szpital Gorlice**: łącznie 63 łóżka, w tym: 46 łóżek covidowych, 2 – respiratorowe, 5 łóżek na SOR, 10 łóżek dla pacjentów psychiatrycznych.
- **Szpital Nowy Targ**: łącznie 36 łóżek, w tym: 30 łóżek covidowych, 2 – respiratorowe, 4 łóżka covid na SOR.
- **Szpital Zakopane**: łącznie 40 łóżek, w tym: 35 łóżek covidowych, 1 – respiratorowe, 4 łóżka covid na SOR. (Powyższe dane zebrała Pani Karina Piwowarska, za co b. dziękuję)
- **Szpital Limanowa** – ok. 20 listopada szpital zwiększył liczbę łóżek covidowych z 53 do 85.
- **Szpital Krynica**: do 15 listopada – 10 łóżek covidowych i 1 respiratorowe, od 16 listopada – dodatkowo 35 łóżek covidowych. W szpitalu zamknięto oddział chirurgiczny, pozostawiono tylko jedną salę (4 łóżka) w oddziale ortopedii. Zmniejszono o 10 łóżek oddział ginekologiczno-położniczy.

W związku z obecną sytuacją epidemiczną, znowu, po kilku miesiącach względnej normalności, zmuszeni jesteśmy, jak przypuszczam, odwołać spotkania, które o tej porze tradycyjnie się odbywały – spotkanie ze stażystami na początku grudnia, spotkanie opłatkowe i chyba też bal karnawałowy dla dzieci lekarzy.

W budynku Delegatury naprawiono uszkodzone po lipcowym gradobiciu rynny i uziemienia. I to jedyna optymistyczna wiadomość „z życia delegatury".

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Nowy Sącz

Przemyśl

Na oddziale kardiologii Woj. Szpitala im. Ojca Pio w Przemyślu po raz pierwszy wszczepiono rozrusznik serca stymulujący pęczek Hisa. Zadania tego podjęli się kardiolodzy Marcin Dołemski i Wojciech Szpyrka. W efekcie zabiegu impuls elektryczny jest dalej przewodzony w sposób możliwie najbardziej naturalny, podobnie jak u osób zdrowych. Ryzyko powikłań przy tej metodzie jest znikome, a dla pacjentów to szansa na lepsze i dłuższe życie.

Wojewódzki Szpital podpisał wartą 140 tys. zł umowę na realizację zadania „Doposażenie podmiotów leczniczych w urządzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i dolnych, z biofeedback, na potrzeby rehabilitacji w roku 2021". Zakup sprzętu finansowany jest z programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Profilaktyka i Leczenie Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2022". Środki na jego realizację zabezpieczono w budżecie państwa. Trwa już procedura zakupu sprzętu.

Czwarta fala pandemii COVID-19 przybiera na sile, zaczyna brakować łóżek i respiratorów w przemyskim szpitalu. Rozpiętość wiekowa trafiających tu pacjentów jest bardzo duża – najmłodszy miał 11 miesięcy, najstarszy 99 lat. Najczęściej są to osoby niezaszczepione, u których przebieg choroby jest dużo cięższy bez względu na wiek i choroby współistniejące.

W połowie października nasi seniorzy uczestniczyli w kolejnej, a zarazem ostatniej wycieczce tego roku. Szczególną atrakcją była wizyta w muzeum bombki choinkowej w Nowej Dębie, gdzie można też było własnoręcznie wykonać tę ozdobę choinkową.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Przemyśl

e-dokumentacja medyczna

Jak wdrożyć EDM w placówce medycznej

1. Podstawowym wymogiem technicznym jest posiadanie systemu gabinetowego
2. Do implementacji EDM potrzebne jest również repozytorium, czyli system przechowywania dokumentów
3. Wdrożenie EDM wymaga podłączenia do systemu e-zdrowie (P1) oraz posiadania podpisu cyfrowego
4. Każdy wytworzony dokument w postaci EDM wymaga zaraportowania zdarzenia medycznego, aby mógł być widoczny w systemie e-zdrowie (P1)

Rodzaje podpisów cyfrowych stosowanych w EDM

- kwalifikowany podpis elektroniczny
- Profil Zaufany (PZ)
- podpis osobisty (e-Dowód)
- certyfikat elektroniczny udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (tzw. e-ZLA)

Dane indeksu EDM obejmują m.in.

- identyfikator zdarzenia medycznego, w związku z którym wytworzono dokumentację medyczną
- identyfikator EDM
- datę wystawienia EDM
- typ dokumentu; format dokumentu (PIK/DICOM)
- dane usługobiorcy
- status dostępności dokumentu (online/offline)
- adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna

Wsparcie techniczne Centrum e-Zdrowia

19 239 bezpłatna infolinia

edm-pomoc@cez.gov.pl

Więcej przeczytasz w najnowszym wydaniu Gazety Lekarskiej

Typy zdarzeń medycznych

- pobyt w oddziale szpitalnym
- leczenie jednego dnia
- pobyt
- porada
- porada patronażowa
- wizyta
- wizyta patronażowa
- cykl leczenia
- badanie
- sesja
- osoba leczona
- wyjazd ratowniczy
- akcja ratownicza
- transport sanitarny
- transport lotniczy
- hemodializa
- bilans zdrowia
- wyrób medyczny
- szczepienie
- badanie (test) przesiewowe
- świadczenie profilaktyczne
- osoba objęta opieką koordynowaną

Fundusze Europejskie Polska Cyfrowa
Ministerstwo Zdrowia
cez Centrum e-Zdrowia
Unia Europejska Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

Rada Naukowa Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy nadała stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne

w dniu 8 września 2021 r.

dr n. med. Bożenie Cybulskiej-Stopie

Wykaz stopni naukowych doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu nadanych przez Radę Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego

w dniu 16 listopada 2021 r.

lek. Agata Bryk-Wiązania
„Novel factors modifying properties of fibrin and efficiency of fibrinolysis in patients with type 2 diabetes mellitus"
(„Nowe czynniki modyfikujące właściwości fibryny i sprawność fibrynolizy u pacjentów z cukrzycą typu 2") – cykl publikacji
Promotor: prof. Anetta Undas

mgr inż. Paula Chlebanowska
„Dissecting pathomechanisms of idiopathic form of Parkinson's disease using induced pluripotent stem cells technology"
(„Określenie patomechanizmów rozwoju idiopatycznej formy choroby Parkinsona z wykorzystaniem technologii indukowanych komórek pluripotencjalnych") – cykl publikacji
Promotor: prof. Marcin Majka

lek. Anna Chmielewska
„Alergia kontaktowa na dodatki pokarmowe u dzieci i młodzieży z wypryskiem alergicznym nasilanym przez pokarmy" – monografia
Promotor: dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

lek. dent. Izabela Gacoń
„Corelation of systematic diseases and hygiene in patients using removable prosthetic restoration without signs of inflammatory process"
(„Zależność między występowaniem chorób ogólnoustrojowych oraz higieną jamy ustnej a bezobjawową klinicznie grzybicą jamy ustnej u pacjentów stosujących ruchome uzupełnienia protetyczne") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Aneta Wieczorek, prof. UJ

mgr Edyta Golińska
„Virulence factors of selected Gram-positive cocci causing invasive infections, especially in peri-labor women and newborns with low birth weight"
(„Czynniki wirulencji wybranych ziarenkowców Gram-dodatnich wywołujących zakażenia inwazyjne, głównie u kobiet w połogu i u noworodków z niską masą urodzeniową") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Magdalena Strus

lek. Anna Kańtoch
„Arterial hypertension and disability of residents in long-term care facilities - treatment and prognostic factors"
(„Nadciśnienie tętnicze i niepełnosprawność u rezydentów instytucji opieki długoterminowej – leczenie i czynniki rokownicze") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

lek. Anna Kocurek
„Sposoby wczesnej oceny skuteczności leczenia zaawansowanej postaci ziarnicy złośliwej (HL) w badaniu PET/CT" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Jurczak

lek. Jakub Marchewka
„Long - term outcomes and quality of life after distal radius fractures depending on the treatment method"
(„Wyniki odległe oraz jakość życia leczonych z powodu złamań końca dalszego kości promieniowej w zależności od zastosowanej metody") – cykl publikacji
Promotor: prof. Edward Golec

lek. Patrycja Matusik
„Selected diagnostic studies and results of cardiac magnetic resonance imaging"
(„Wybrane badania diagnostyczne, a wyniki obrazowania serca metodą rezonansu magnetycznego") – cykl publikacji
Promotor: prof. Tadeusz Popiela

mgr Katarzyna Sitarz
„Genetic, epigenetic and phenotypic changes in cervical epithelial cells associated with highly oncogenic HPV infection in the process of neoplastic transformation"
(„Zmiany genetyczne, epigenetyczne i fenotypowe w komórkach nabłonka szyjki macicy związane z zakażeniem wysokoonkogennymi HPV w procesie transformacji nowotworowej") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Sława Szostek, dr hab. Agnieszka Kaczor, prof. UJ

lek. Karol Urbański
Stan zapalny okołonaczyniowej tkanki tłuszczowej w regulacji funkcji śródbłonka naczyniowego w ludzkich naczyniach krwionośnych" – monografia
Promotor: prof. Tomasz Guzik

Nagrody OIL w Krakowie

Lista osób, które decyzją Komisji Kształcenia Medycznego ORL w Krakowie otrzymały nagrody finansowe za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny w sesji wiosennej 2021 r.

1. Agnieszka Dikolenko – ortopedia i traumatologia narządu ruchu
2. Anna Jakubik – periodontologia
3. Katarzyna Kamińska – stomatologia dziecięca
4. Elżbieta Klimiec-Moskal – neurologia
5. Tomasz Majcher – rehabilitacja medyczna
6. Joanna Marć – położnictwo i ginekologia
7. Paulina Miśkiewicz-Stanek – pediatria
8. Mateusz Ostachowski – urologia
9. Paweł Pyrkosz – urologia
10. Anna Starmach – endokrynologia i diabetologia dziecięca
11. Łukasz Warchoł – chirurgia plastyczna
12. Agnieszka Wolak – położnictwo i ginekologia

KURSY DOSKONALĄCE DLA LEKARZY MODUŁ PSYCHIATRYCZNY

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum zaprasza do udziału w **bezpłatnych kursach online** organizowanych w ramach projektu pt. **„Podnoszenie Kompetencji Lekarskich (POKOLEnia) – interdyscyplinarna i holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym z problemami psychicznymi, reumatologicznymi oraz w opiece okołozabiegowej"**, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Europejskiego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza-Edukacja-Rozwój.
Proponujemy dwudniowe szkolenia prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum – doświadczonych lekarzy oraz psychologów.

Zapraszamy na **moduł psychiatryczny** – warsztaty i seminaria obejmujące problematykę m.in.:

- lęku, bezsenności i depresji u osób starszych,
- całościowej oceny geriatrycznej,
- farmakoterapii, polipragmazji, psychofarmakoterapii,
- komunikacji z pacjentem niewspółpracującym,
- zagadnień samotności i marginalizacji wśród pacjentów,
- związku zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych,
- komunikacji z pacjentem geriatrycznym w dobie internetu (komunikacja online),
- zwalczania bólu u pacjentów w wieku senioralnym,
- przekazywania trudnych wiadomości,
- wyzwań diagnostycznych i terapeutycznych.

Szkolenia kierowane są do lekarzy wszystkich specjalności, rezydentów oraz lekarzy wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej.

Terminarz kursów:

• 21-22.01.2022 • 18-19.02.2022 • 18-19.03.2022 • 8-9.04.2022

Lekarze uczestniczący w szkoleniu uzyskują 16 punktów edukacyjnych.

Szczegółowy harmonogram szkolenia oraz formularz rejestracyjny dostępne są na stronie projektu **Podnoszenie Kompetencji Lekarskich (POKOLEnia) – interdyscyplinarna i holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym z problemami psychicznymi, reumatologicznymi oraz w opiece okołozabiegowej https://pokolenia.cm-uj.kraków.pl** w zakładce „szkolenia". Kontakt z Biurem Projektu: Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Collegium Medicum, ul. Medyczna 7, 30-688 Kraków, nr tel. 12 34 76 903, adres e-mail: pokolenia@cm-uj.krakow.pl

KURSY SPECJALIZACYJNE
organizowane przez
Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum
w okresie styczeń-luty 2022 roku

Szanowni Państwo,

Rekrutację na kursy specjalizacyjne prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej **www.cmkp.edu.pl**

Kursy dla specjalizacji lekarskich

Anestezjologia i intensywna terapia

Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
7-11.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Janusz Andres

Choroby wewnętrzne

Geriatria 10-11.02.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Ginekologia onkologiczna

Nowotwory szyjki macicy
17.01.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Nowotwory sromu i pochwy
18.01.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Medycyna rodzinna

Wybrane problemy kliniczne
8.02.-20.05.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Adam Windak

Nefrologia

Transplantologia kliniczna
24-26.01.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie nefrologii
14-18.02.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Okulistyka

Onkologia okulistyczna
3-4.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
10-11.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
17-18.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
24-25.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. dr Bożena Romanowska-Dixon

Psychiatria dzieci i młodzieży

Psychoterapia w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
7.02-11.03.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Barbara Józefik

Kompleksowe leczenie najważniejszych zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
14-18.02.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Maciej Pilecki

Reumatologia

Osteoporozy pierwotne i wtórne
17.02.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Korkosz, prof. UJ

Protetyka stomatologiczna

Leczenie protetyczne w trudnych przypadkach bezzębia z zastosowaniem biofunkcjonalnego systemu protetycznego BPS
8-9.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Implantoprotetyka stomatologiczna – podstawy teoretyczne oraz chirurgiczne i protetyczne procedury zabiegowe
14.02-02.03.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie zespołowe: periodontologiczno-protetyczne w chorobach przyzębia
23.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Stomatologia zachowawcza z endodoncją

Organizacja i metody pracy indywidualnej specjalistycznej praktyki stomatologicznej
22-23.02.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Jolanta Pytko-Polończyk

Zdrowie publiczne

7-16.02.2022
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

Konkurs nalewek rozstrzygnięty

19 listopada w Muzeum Farmacji UJ odbył się IX Konkurs Nalewek Własnej Receptury organizowany wspólnie przez krakowskie okręgowe izby lekarską i aptekarską. Choć impreza miała charakter kameralny, nalewek do degustacji nie brakowało. Każda spośród 20 zgłoszonych była wyjątkowa, bo przygotowana według autorskiego przepisu, często dopracowanego w najdrobniejszym szczególe, każda też miała swoją historię, których opowiadanie podczas degustacji jest nieodłączną częścią konkursu.

Na przykład próbując słodkiej nalewki z opuncji, można było usłyszeć opowieść o tym, ile poświęcenia wymagało zebranie kolczastych owoców kaktusa podczas urlopu na Cyprze. Można się było także dowiedzieć, co trzeba zrobić, by w nalewce z aronii nie zabić jej charakterystycznej cierpkości, albo że do przygotowania nalewki o nazwie Zielona czarodziejka prócz absyntu i dziurawca potrzebne jest też dzikie geranium, które nie tak łatwo znaleźć – rośnie jednak niedaleko domu dr. Zygmunta Madejskiego, ginekologa z Miechowa, laureata niejednego już konkursu nalewek i kolekcjonera karafek. „Nalewka Sybiraków powstaje na bazie owoców rokitnika, który ma dużo witaminy C – opowiada dr Madejski: – Na Syberii, w obozach, często zalewano je bimbrem i pito też dla zdrowia". O zdrowotnych właściwościach nalewek wspominano zresztą podczas konkurs wielokrotnie.

Nagrody przyznane zostały jednak nie za tę ich cechę – co byłoby całkiem zrozumiałe, gdyż w jury byli głównie lekarze i farmaceuci (wiceprezes ORL Dariusz Kościelniak, Agata Bartoszek z biura OIL, wiceprezes OIA dr Przemysław Szybka oraz Maryla

Lech, sekretarz OIA) – lecz za walory smakowe. Nagrodę prezesa ORL otrzymał wspomniany dr Zygmunt Madejski (na zdjęciu stojący w środku) za dereniówkę na bazie owoców derenia i czarnej jagody leśnej. Doktor zdobył też nagrodę publiczności za nalewkę z kwiatu i korzenia czarnego bzu. Wyróżnienia OIL otrzymały Maryla Lech za nalewkę słodką aroniowo-malinową oraz dr farm. Lucyna Samborska z Dębicy za wytrawną sosnówkę. Pełna lista nagrodzonych na stronie naszej Izby.

Przepis na zwycięską dereniówkę, dzięki uprzejmości dr. Madejskiego, wraz z opisaną przez niego historią derenia, drukujemy poniżej.

KD

fot. Jerzy Sawicz

Dereniówka, nalewka z owocu derenia jadalnego

Pochodzący z płd.-wsch. Europy i zach. Azji krzew derenia jadalnego (*Cornus mas*) oraz jego owoce są niedoceniane we współczesnej Polsce. W naszym kraju znany jest od XVIII w., ale pierwsze obszerniejsze pisemne opracowanie znajdujemy w „Zielniku Ekonomiczno-Technicznym" Józefa Geralda Wyżyckiego, wydanym w Wilnie w 1845 r. Są też XIX-wieczne wzmianki o obecności krzewów derenia w posiadłościach Zamojskich, a już całkiem powszechny był przy polskich dworach szlacheckich. Gorąco zachęcam „nalewkowiczów" do posadzenia co najmniej dwóch krzewów, ponieważ dereń jest rośliną obcopylną (choć nie każdy). Odpowiednią odmianę wybiera się w zależności od tego, w której części Polski krzew będzie rósł, a także jakie będzie przeznaczenie owoców.

Przedstawiona na konkursie nalewka to mieszanka dwóch roczników – 2018 i 2020. Owoce pochodzą z własnego krzewu, niezrywane, lecz całkowicie dojrzałe, opadnięte zbierane z „płachty". Po zebraniu były myte, osuszone i mrożone przez co najmniej dwie doby. Po rozmrożeniu każdy owoc został nakłuty drewnianym widelczykiem i wrzucony do gąsiorka z 70-proc. spirytusem. Na każdy kilogram derenia dodano 4 łyżki suszonych leśnych czarnych jagód. Tak przygotowany nalew pozostawiono na okres co najmniej 6 tygodni, wstrząsano gąsiorem co 2-3 dni. Po tym okresie nalew oddzielono od owoców, zamknięto w szczelnym naczyniu i odstawiono do ciemnego pomieszczenia. Owoce z nalewu zalano przygotowanym roztworem cukrowym i pozostawiono w ciepłym miejscu na okres ok. 2 tygodni.

Do łączenia obydwu płynów dobrze jest zaprosić przyjaciela, zapalić w kominku i kupażować, pamiętając, aby nie wypić wszystkiego, bo nalewka im starsza tym lepsza. Ma ona barwę głębokiej czerwieni, wyborny kwaskowaty smak, delikatny zapach i kryształową klarowność.

Proporcje na 1 kg owocu derenia:

- 1 kg dojrzałego, przemrożonego derenia (odmiany o czerwonych owocach)
- 1 litr 70-proc. spirytusu (0,5 l spirytusu 95-proc. plus 0,5 l wódki 40-proc.)
- ok. 0,5 kg cukru
- 4 łyżki stołowe czarnych suszonych jagód

Karnawał w Wenecji

Czas rozkosznej bezsenności

Zasłońmy twarz maską, przebierzmy się za arystokratów i przeżyjmy niezapomniane chwile na karnawale w Wenecji. Jeżeli COVID-19 nam tego nie popsuje, mamy szansę na świetną zabawę między 12 lutego a 1 marca 2022 roku.

„Przez ostatni tydzień prawie nie zmrużyłem oka. Przeżywam katusze ostatnich dni karnawału i muszę być całą noc na nogach, jutro tak samo. Ale żyję i jestem szczęśliwy" – pisał Byron do przyjaciela w 1818 r. z Wenecji, gdzie ludzie już od XI wieku jak w niewielu miejscach na świecie potrafią zatracić się w zabawie. My także możemy poczuć ten jedyny w swoim rodzaju dreszcz emocji. Wystarczy, że między 12 lutego a 1 marca pojawimy się na placu świętego Marka i otaczających go uliczkach, gdzie dzień i noc trwa w tym czasie fiesta. Dawniej była ona jeszcze dłuższa, bo tradycyjny karnawał w Wenecji rozpoczynał się 26 grudnia a kończył w Środę Popielcową.

Możemy w tym czasie liczyć na prawdziwe szaleństwo – niezliczoną ilość spektakli teatrów ulicznych, koncertów, pokazów sztuczek cyrkowych... Wszystko rozpocznie się, tak jak przed wiekami, od uderzenia w dzwon i zwyczajowego „lotu anioła". Wyglądający jak anioł akrobata, wśród okrzyków widzów, zjedzie na linie z dzwonnicy bazyliki św. Marka wprost na zatłoczony plac. Da tym sygnał do rozpoczęcia pierwszych parad, na czele z paradami wodnymi, podczas których po Canale Grande będą płynęły pięknie przystrojone gondole i inne, nieco większe łodzie. Znajdą się na nich przedziwne stwory, postaci z bajek, które sprawią radość nie tylko dorosłym, ale i dzieciom. Szczególne wrażenie wywrze na gościach na pewno ich nocny pokaz, przy dźwiękach muzyki i blasku sztucznych ogni.

Podobnie baśniowo będą wyglądały platformy, które przejadą ulicami Wenecji w otoczeniu tancerzy i muzyków. Nie zabraknie ich także podczas przemarszów postaci ubranych w stroje z dawnych epok czy wydarzenia nazywanego Festa Delle Marie. Nawiązuje ono do niegdysiejszej tradycji, kiedy to doża wybierał spośród 12 cnotliwych weneckich panien najpiękniejszą, wręczając jej klejnoty, które miały stanowić posag przyszłej panny młodej.

W naszych czasach bardziej emocjonujące jest jednak przyznanie nagród podczas konkursu wieńczącego wenecki karnawał, kiedy to zostanie wybrana najpiękniejsza maska. Bo jak wiadomo, bez masek podczas karnawału nie ma co się pojawiać w mieście na wodzie. Od wieków wszyscy w tym

Wikimedia Commons

czasie (w 1608 roku zakazano noszenia masek poza okresem karnawału) zakrywają twarze, by nie być rozpoznanym i móc przez kilka dni w roku bezkarnie używać życia. W przeszłości rozumiano to dosłownie, dzięki czemu dochodziło do zrównania stanów i niejedna sklepikarka lądowała w ramionach hrabiego, a biedny kupiec mógł spacerować pod rękę z księżną.

Pierwsze wzmianki o weneckich maskach karnawałowych pochodzą z końca XIII wieku, a rzemieślnicy, którzy je wyrabiali (tradycyjnie z *papier mâché*) uzyskali status zawodu w pierwszej połowie XV wieku. Dobór maski to nie taka prosta sprawa. Każde sprzedawane w niezliczonej ilości sklepików nakrycie twarzy coś znaczy i najczęściej wiąże się z postaciami z *commedii dell'arte*. Medycy powinni nałożyć oczywiście maskę Dottore z charakterystycznym długim dziobem. Jej kształt był uzasadniony tym, że na końcu dzioba lekarze wlewali sobie wywar z ziół, by zniwelować zapach śmierci, z którą mieli do czynienia, i chronić się przed miazmatami zarazy. Długi nos ma także maska Pantalone, przedstawiająca smutnego starca. Panie z kolei najchętniej zakładają nakrycia twarzy Colombiny w kolorze srebrnym lub złotym, zasłaniające jedynie okolice oczu.

Oczywiście wybór maski zależy od ilości pieniędzy, jakie zamierzamy na nią wydać. Znajdzie się chiński plastik za parę euro i wyroby starych, weneckich pracowni. Najdroższe maski, których ceny sięgają kilkuset euro, bywają prawdziwymi dziełami sztuki, bogato zdobionymi cekinami, piórami,

www.evenice.it

koronkami czy kryształkami Swarovskiego. Do takich masek doskonale oczywiście pasuje strój z epoki. W trakcie karnawału znajdziemy w Wenecji niejedną wypożyczalnię oferującą piękne kostiumy, w których poczujemy się jak przed wiekami. Wersję luksusową takich ubrań, uszytych z najlepszych jedwabiów, adamaszków czy muślinów, możemy dostać w hotelu Danieli, mieszczącym się w XIV palazzo, nieopodal placu św. Marka. Panie, by poczuć się jak prawdziwe arystokratki z XVIII i XIX wieku, muszą wydać na wypożyczenie sukni ok. 650 euro. To cena za najbardziej pożądany, czerwony kostium. Nieco tańsze są suknie zielone (500 euro) czy żółte (350 euro). Do ceny nie są wliczone peruki i inne akcesoria niezbędne do uzyskania odpowiedniego efektu. Oczywiście panowie też mogą tu liczyć na wypożyczenie stylowego stroju, pod który należy włożyć specjalną koszulę, żabot, a do tego przyozdobić buty kokardami. Inaczej nie będą mogli pojawić się na jednym z balów, które w tym czasie organizowane są w weneckich pałacach. Grają tam barokowe orkiestry, podawane są wykwintne kolacje, a goście mogą nauczyć się tańczyć menueta.

Jednak wszystkie te przyjemności będą możliwe tylko pod warunkiem, że sytuacja epidemiologiczna nie ulegnie pogorszeniu i karnawał, jak w poprzednim roku, nie zostanie odwołany.

Magda Huzarska-Szumiec

Jak Zbigniew Zamachowski nie zagrał Ostatniego Klezmera Rzeczpospolitej

Archwium Teatru STU

Jeżeli chcecie sprawdzić, co może zrobić z rolą aktor, który odmawia jej zagrania, wybierzcie się na przedstawienie „Leopold" w Teatrze STU. Jestem pewna, że nie będziecie chcieli opuścić widowni.

Ktoś, kto jeszcze parę lat temu odwiedzał krakowską restaurację Klezmer Hois, musiał go spotkać. Codziennie zasiadał w fotelu stojącym naprzeciwko wejścia do pierwszej sali. A kiedy przyszła mu ochota lub sytuacja temu sprzyjała, przenosił się do pomieszczenia z pianinem. Grane na nim klezmerskie melodie, które wychodziły spod jego palców, łapały za serca wszystkich. Bo nikt tak jak Leopold Kozłowski nie potrafił interpretować żydowskich piosenek, zarówno tych dawnych, ale także nowych, do których sam skomponował muzykę. I choć Ostatni Klezmer Rzeczpospolitej odszedł od nas dwa lata temu, to przyjaciele o nim nie zapomnieli. Reżyser Krzysztof Jasiński, razem z autorem scenariusza Jackiem Cyganem, stworzyli w Teatrze STU spektakl „Leopold", z którego widzowie nie chcą zwyczajnie wyjść, a gdy wreszcie opuszczą widownię, to wciąż nie przestają śpiewać.

Ogromna w tym zasługa Zbigniewa Zamachowskiego. I to mimo że aktor, poproszony przez reżysera o wcielenie się w postać pana Leopolda, od razu odmówił. Nie zrobił tego z powodu braku czasu, ale z przyczyny niemożności wykonania zadania. Pan Leopold był bowiem osobowością

tak wyjątkową, że podrabianie go mijało się z celem. W zamian Zbigniew Zamachowski zaproponował, że opowie o bohaterze przedstawienia i tylko od czasu do czasu „wejdzie w jego buty". Dzięki temu mamy szansę usłyszeć przerażające, wzruszające, ale też momentami zabawne wspomnienia klezmera, w których sielskie dzieciństwo spędzone na Kresach przerwało śmiertelne zagrożenie, jakie przyniosła wojna. Wszystkie te opowieści przeplatane są piosenkami, które panu Leopoldowi nieraz ratowały życie i które sprawiły, że tłumy przychodziły na jego koncerty do synagogi Tempel.

W spektaklu wykonuje je Zbigniew Zamachowski z towarzyszeniem zespołu, fantastycznie prowadzonego przez Konrada Mastyłę, a także Weronika Krystek, która rolę studentki szkoły aktorskiej gra na zmianę z Joanną Pocicą. Fabuła nie jest skomplikowana, ale za to daje możliwość pokazania biografii i całego wachlarza twórczości Leopolda Kozłowskiego. Otóż do kompozytora, siedzącego oczywiście w swoim fotelu w Klezmer Hois, przychodzi przyszła aktorka. Przysłała ją tu pani profesor, by nauczyła się od największego znawcy w tej dziedzinie wykonywać żydowskie piosenki. Początkowo dziewczyna nie ukrywa, że niespecjalnie jest nimi zainteresowana, a podejmowane przez nią próby ich interpretacji są – mówiąc delikatnie – nie do przyjęcia. Kiedy jednak pan Leopold tłumaczy jej, na czym polega tradycja muzyki klezmerskiej, że instrument trzeba trzymać bliżej serca niż nut, zaczyna wykonywać je niemal idealnie.

Weronika Krystek (gdyż właśnie ją widziałam w tej roli) śpiewa rewelacyjnie. Porywa publiczność, która razem z nią nuci „Rodzynki z migdałami" czy „Najmłodsza się wydaje". Duety aktorki ze Zbigniewem Zamachowskim długo zostaną w mojej pamięci, tak jak finałowe „Shalom aleichem". W teatrze rozbrzmiewało ono z siłą, która musiała dotrzeć do spoglądającego gdzieś z góry pana Leopolda. Miałam przyjemność go znać i nie mam wątpliwości, że nie ominął takiego wydarzenia, podobnie jak nie mam wątpliwości, że w swoim żydowskim niebie stoi wciąż na scenie i gra klezmerskie melodie.

Magda Huzarska-Szumiec

Pomnik Macieja z Miechowa

Przed budynkiem Katedry Historii Medycyny Collegium Medicum UJ uroczyście odsłonięto pomnik Macieja z Miechowa, nadwornego medyka królów, wielokrotnego rektora Akademii Krakowskiej. Pierwowzór tego pomnika powstał w roku 2004 z inicjatywy Stowarzyszenia Absolwentów Wydziałów Medycznych UJ. Niedługo później, wykonany w sztucznym kamieniu, stanął przed Katedrą Historii Medycyny i jednocześnie siedzibą SAWM przy ul. Kopernika w Krakowie. Warunki atmosferyczne spowodowały jednak, że po kilku latach dzieło uległo znacznemu uszkodzeniu. Aby ocalić je od całkowitego zniszczenia, postanowiono stworzyć jego kopię w brązie. Fundusze na ten cel pochodziły od osób prywatnych i instytucji, a w gronie zaangażowanych w ich pozyskanie byli m.in.: dyrektor Instytutu Stomatologii UJ CM prof. Joanna Zarzecka, dr Jolanta Bobula, mgr Michalia Borowczyk, dr Elżbieta Wenda i dr Maria Mak (Australia), a także Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie i Polskie Towarzystwo Badania Bólu.

Odsłonięcia odnowionego pomnika 22 października dokonał prof. Ryszard Gryglewski, kierownik Katedry Historii Medycyny UJ CM. Podczas uroczystości przemawiał również prof. Zdzisław Gajda, prezes SAWM.

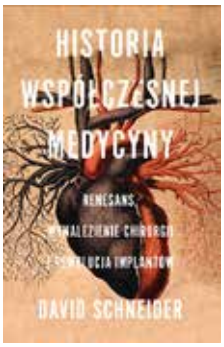
Maciej z Miechowa zw. Miechowitą, właśc. Maciej Karpiga, był lekarzem, filozofem i historykiem, wieloletnim rektorem Akademii Krakowskiej. Urodził się ok. 1457 r. w Miechowie w rodzinie mieszczańskiej. W czasie studiów w Krakowie interesował się medycyną i filozofią Arystotelesa. Edukację kontynuował we Włoszech, gdzie uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Po powrocie do Krakowa został profesorem Akademii Krakowskiej, a w roku 1501 objął funkcję jej rektora. Był nadwornym medykiem króla Zygmunta I, leczył Władysława Jagiellończyka, Jana Olbrachta i Aleksandra Jagiellończyka.

W 1508 r. ukazało się dzieło Miechowity „Contra sevam pestem regimen accuratissimum" („Szczegółowe przepisy o zabezpieczeniu się przed groźną dżumą") dotyczące postępowania w przypadku epidemii morowego powietrza, a w 1522 „Conservatio sanitas", jeden z pierwszych polskich traktatów medycznych zawierający ogólne wskazówki dotyczące zachowania dobrego zdrowia. Maciej z Miechowa zmarł 8 września 1523 r. w Krakowie.

(źródło: www.cm-uj.krakow.pl)

Fot. Jerzy Sawicz

Nowe książki



David Schneider

Historia współczesnej medycyny. Renesans, wynalezienie chirurgii i rewolucja implantów

Do rąk czytelników trafia właśnie książka autorstwa amerykańskiego chirurga Davida Schneidera, której oryginalny tytuł brzmi „*The invention of Surgery: A History of Modern Medicine: From the Renaissance to the Implant Revolution*". Dlaczego polski wydawca zdecydował się na takie tłumaczenie tytułu, które wyraźnie zmienia jego pierwotny sens, trudno rozstrzygnąć, zwłaszcza że Schneider, choć odnosi się do historii różnych dziedzin nauki i sztuki lekarskiej, to czyni to wyraźnie z perspektywy chirurga. W słowie wstępnym pisze on wprost: „W książce tej staram się więc opowiedzieć historię wynalezienia chirurgii", a lektura tekstu pozwala czytelnikowi przekonać się, iż autor konsekwentnie zmierza do tego, by swój zamiar spełnić.

Jak rozumieć zwrot *wynalezienie chirurgii*? Schneider, choć świadom, że korzenie wybranej i uprawianej przez siebie specjalności lekarskiej sięgają niemal początków ludzkości, to jednak wskazuje na epokę nowożytną jako na istotną przestrzeń kształtowania się znanej nam dzisiaj chirurgii. Dlatego też przywołuje „*De humani corporis fabrica libri septem*" Andrzeja Wesaliusza, stojące u podstaw prawidłowej anatomii człowieka jako dzieło wręcz fundamentalne w historii teorii i praktyk zabiegowych. Oparte o wiedzę płynącą z bezpośredniej, czynionej podczas sekcji zwłok obserwacji, przełamywało wielowiekową tradycję prymatu intelektualnych spekulacji i wewnętrznej spójności wykładu nad doświadczeniem zmysłów. Nie przez przypadek, jak przekonuje Schneider, na ten sam czas przypadają początki desmurgii, której twórcą był Ambroży Paré. Spostrzegawczość, a także szczęśliwy zbieg okoliczności doprowadziły Paré'ego do stworzenia nowej nauki o opatrywaniu ran, dowodząc w praktyczny sposób znaczenia wiedzy płynącej z empirii. Tak oto nowe spojrzenie na anatomię splata się z nowym spojrzeniem na chirurgię, które choć pozornie rozwijały się niezależnie od siebie, w rzeczy samej współtworzyły nowy wymiar nauki i sztuki lekarskiej.

Schneider stoi na stanowisku, że zmiany, jakie zachodziły w chirurgii, zawdzięczamy przede wszystkim wybitnym jednostkom, które we właściwym czasie i miejscu potrafiły spożytkować dostępną im wiedzę, by przełamać obowiązujące wówczas dogmaty. John Hunter, uznawany za jednego z najwybitniejszych chirurgów XVIII stulecia, był już świadom istnienia zjawiska krążenia krwi opisanego ponad wiek wcześniej przez Williama Harveya, znajdując oparcie w pracach swojego starszego brata Williama, jednego z najbardziej wszechstronnych anatomów i przyrodników tamtych czasów, a także zyskując biegłość w prowadzeniu operacji, którą wyniósł terminując u Cheseldena i Potta. Ekscentryczny i pełen dziwactw Hunter, na co wyraźnie wskazuje Schneider, potrafił przekuć to wszystko w sukces.

Można tym samym powiedzieć, że autor hołduje modelowi historii nauki, w którym w danej epoce dochodzi do kumulacji wiedzy i doświadczenia „krążących" w środowisku uczonych. Najwybitniejsi spośród nich potrafią właściwie odczytać wzajemne relacje pomiędzy faktami i badanymi zjawiskami. Tak, według Schneidera, narodziła się anestezjologia czy antyseptyka. Co więcej, również rozwiązania metodologiczne, jak chociażby chirurgia planowa, której w książce poświęcono jeden z rozdziałów, czy wykształcenie się w chirurgii specjalizacji, na ten przykład medycyny sportowej, podlegają podobnym prawom. Dla Schneidera świat chirurgii, a szerzej patrząc całej medycyny, to gęsta sieć wzajemnych relacji i powiązań.

Historycy nauki mogliby w wielu miejscach podjąć dyskusję z autorem, wskazując na momentami zbyt daleko idące uproszczenia lub uogólnienia. Podobnie można się zastanawiać, czy w ostatnim rozdziale, skądinąd efektownie zatytułowanym „*Przyszłość: cyborg i homo electrus*", Schneider nie idzie za daleko w swoich wnioskach co do ostatecznej wizji „medycyny przyszłości". Warto jednak zaznaczyć, że autor nie pretenduje do tego, by jego praca była rozprawą naukową. To dobrze pomyślana i napisana, dostarczająca wielu, momentami szczegółowych, informacji książka.

Ryszard W. Gryglewski

David Schneider, „Historia współczesnej medycyny. Renesans, wynalezienie chirurgii i rewolucja implantów" (tłum. Grzegorz Łuczkiewicz), Wydawnictwo Znak, Kraków 2021, s. 559.

Hamilton B.

12 kroków ze sponsorem

„Twelve Step Sponsorship. How It Works" – tak brzmi tytuł oryginału poradnika Hamiltona B. poświęconego walce z uzależnieniami. Trzecie już jego polskie wydanie, w tłumaczeniu Zuzanny J., ukazało się pod tytułem „12 kroków ze sponsorem", nakładem wydawnictwa Media Rodzina z Poznania, przy finansowym wsparciu Fundacji im. Mikołaja Reja. 288 stron tej publikacji zawiera kompendium wiedzy oraz strategii sponsorowania w trakcie wsparcia, którego potrzebują setki tysięcy ludzi uzależnionych na całym świecie, biorących udział w spotkaniach Anonimowych... I tu wstawić można nazwy wielu substancji uzależniających czy kompulsywnych zachowań, które nam mogą towarzyszyć w pełnym „uzależniaczy" życiu.

Tak jak każdy psychoterapeuta ma obowiązek posiadać swojego superwizora, lekarz – kierownika specjalizacji, tak też i ludzie wychodzący z uzależnienia w grupach samopomocowych typu AA, NA, DDA, DDD, HA, SSLA i innych mają osobę, która wspiera i pomaga innym swoim sponsorowanym koleżankom czy kolegom „trzeźwieć" w programie minnesockim, czyli na bazie 12 Kroków i 12 Zasad dotyczących choroby uzależnienia. Pierwszy Krok wymaga bardzo trudnej konstatacji „jestem bezsilny i nie jestem w stanie pokierować np. swoim piciem i swoim życiem...".

Lektura książki jest fascynującą wyprawą w świat uzależnień oraz w bardzo łatwy i trudny zarazem proces zmiany nie tylko swoich dotychczasowych zachowań związanych z uzależnieniem, ale także zmiany w sposobie życia, traktowaniu innych ludzi i siebie samych. Książka składa się z trzech części: „Jak znaleźć sponsora", „Jak być sponsorem", „Jak pracować nad Krokami". Dodatkiem jest Preambuła AA, czyli Anonimowych Alkoholików, Dwanaście Obietnic AA, Dwanaście Kroków AA, AlAnonu Dwanaście Kroków Anonimowych Narkomanów, Dwanaście Kroków Anonimowych Żarłoków, Erotomanów, Hazardzistów oraz Dwanaście Tradycji AA w krótkiej wersji. Książkę kończą przypisy związane z tematem uzależnienia oraz sponsorowania w trakcie trzeźwienia naszego pacjenta czy klienta.

Lekarz każdej specjalności może i powinien jeszcze przed skierowaniem objętego jakąkolwiek terapią medyczną uzależnionego pacjenta do lekarza psychiatry zachęcić go do zapoznania się z „magicznym" funkcjonowaniem grupy wsparcia. Dlatego gorąco polecam tę lekturę, tym bardziej że bez uznania swej bezsilności wobec uzależnienia jakiegokolwiek typu oraz czerpania siły właśnie z tej bezsilności u osoby uzależnionej nie ma gotowości do dokonania poważnej zmiany w swoim życiu psychicznym i fizycznym.

Wojciech Oleksy

Hamilton B., „12 kroków ze sponsorem", Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2020, str. 288

Jeżeli czujesz, że masz problem z alkoholem...
Możemy Ci pomóc.
Przyjdź do nas, kiedy chcesz, to nic nie kosztuje.
Zapraszamy na spotkania Grupy Dr Bob
dla lekarzy i lekarzy dentystów,
wtorek, godz. 17.00, w siedzibie OIL przy ul. Krupniczej 11a.
Zadzwoń:
+48 801 033 242 – infolinia ogólnopolska
+48 502 437 567 – pomoc w problemie
+48 12 431 22 48 – punkt informacyjno-kontaktowy

Anna Wazówna – opowieść o królewnie lekarce, patronce botaniki

W historii wielokrotnie pojawiały się wspaniałe, twórcze kobiety, ale prawie zawsze przegrywały ze światem mężczyzn. Gdyby podtytuł artykułu o Wazównie przeczytał np. prof. Ludwik Rydygier, w najlepszym wypadku wyzwałby autora na pojedynek, tak jak przed laty prof. Napoleona Cybulskiego. Rydygier był bowiem zdecydowanym przeciwnikiem przyjmowania pań na studia medyczne i ostro wyrażał się o kobietach medykach, wykorzystując argumenty „przyzwoitości" wynikającej z fizyczności obydwu płci i odwieczne przekonanie o „roli" kobiety („cnoty niewieście"). Bezwzględnie twierdził: „Precz więc z Polski z dziwadłem kobiety lekarza. Kobieta jest skazana na dom i pracę w nim". Natomiast prof. Odo Bujwid, zabierając głos w sprawie nieprzyjmowania kobiet na studia medyczne, powiedział: „Męskie miernoty tak, wspaniałe kobiety nie?".

Tak było na przełomie XIX i XX wieku. A wcześniej? Wiedza i doświadczenie kobiet, głównie zielarek, były wysoko cenione. Antoni Schneeberger, lekarz osiadły w Krakowie w 1585 roku, pisał: „Nie wstydzę się, że byłem uczniem baby, kiedy starożytni lekarze głośno wyznawali, że byli uczniami zwierząt" (nie analizujmy porównania – wszak to XVI wiek). Znane są nazwiska kobiet szanowanych za wiedzę, na przykład położniczą i ginekologiczną, za wytwarzanie leków przeciwbólowych. Nie studiowały medycyny, często uczyły się od mężów cyrulików i uzyskiwały przywileje leczenia za honoraria od miasta. Przykładem choćby Magdalena Bendzisławska, która „po mężu" została nawet chirurgiem z dyplomem królewskim.

Tyle w kwestii walki o równouprawnienie kobiet w medycynie. Wróćmy do naszej bohaterki. Do czasu wpuszczenia kobiet na uczelnie medyczne za najsłynniejszą lekarkę zielarkę uznawano królewnę Annę Wazównę. Urodziła się w 1568 roku, jej matką była Katarzyna Jagiellonka, córka Zygmunta Starego i Bony, a ojcem Jan z dynastii Wazów, książę Finlandii, brat króla Szwecji Eryka XIV. Mimo że Katarzyna pochodziła z potężnego rodu Jagiellonów, nie miała z mężem łatwego życia w Szwecji. Przez 4 lata oboje byli więzieni w zamku w Gripsholm, nie uzyskując skutecznej pomocy z Wawelu. W niewoli urodziła trójkę dzieci, z których przeżyło dwoje – Zygmunt i młodsza o dwa lata Anna. Ostatecznie jednak Jan

z rodziną został przez możnowładców szwedzkich uwolniony i koronowany na króla Szwecji Jana III Wazę.

Dzieci Jana i Katarzyny otrzymały staranne wykształcenie, zwłaszcza Zygmunt wychowywany na króla. Np. znały sześć języków: szwedzki, polski, włoski, niemiecki, francuski i łacinę. To jednak Anna uważana była za bardziej zdolną i mądrzejszą od Zygmunta – interesowała się różnymi dziedzinami wiedzy, zwłaszcza botaniką, medycyną, historią, religią. Nawet ambasador włoski oceniając rodzeństwo Wazów stwierdził, że Anna ma „lepszą głowę" od Zygmunta

interesującego się głównie sztuką i alchemią. Notabene, gdy był już królem Polski, miał na Wawelu pracownię alchemiczną, w której razem ze słynnym alchemikiem Mikołajem Sędziwojem przeprowadzał doświadczenia. W wyniku jednego z nich doszło nawet do pożaru. Zamek został uratowany dzięki specjalnej, komorowej budowie strychów wawelskich, jednak mówiono, że to właśnie ten pożar był przyczyną wyjazdu króla Zygmunta III Wazy do Warszawy.

W „lepszą głowę" córki i jej talent polityczny wierzył również Jan III, gdy po obiorze Zygmunta na króla Polski w 1587 roku wysłał 19-letnią Annę do Krakowa. Miała tam czuwać nad interesami Szwecji, ale przede wszystkim służyć starszemu, lecz niezdecydowanemu i podatnemu na wpływy bratu radą i pomocą w zarządzaniu państwem, w którym nie monarcha decydował o polityce i losach kraju, lecz szlachta. Anna górowała nad bratem wielką kulturą, taktem, mądrością, a także – jako luteranka (luteraninem był jej ojciec, Anna przeszła na luteranizm dobrowolnie w wieku 15 lat) na ultrakatolickim dworze Zygmunta – wielką tolerancją.

W roku 1604 roku osiadła na stałe nad Drwęcą, w swoim „skarbie", jak nazywała starostwa w Brodnicy i Golubiu, nadane jej przez brata „na wyżywienie", gdy musiała jako luteranka opuścić Wawel. Lato spędzała w Golubiu, a zimę w Brodnicy, gdzie przebudowała pałac w stylu wczesnego renesansu i bogato go wyposażyła. W swoich majętnościach nad Drwęcą spędziła prawie 40 lat. Obydwa starostwa dawały jej możliwość rozwijania upodobań przyrodniczych we własnych ogrodach. Urządzając je, wzorowała się na pięknych ogrodach Anny Jagiellonki w Łobzowie i Ujazdowie, a później w Nieporęcie. Odwiedzała również w Szwecji ogród na wyspie Drottningholm, założony przez jej matkę Katarzynę, która także przejawiała zainteresowania ziołolecznictwem. Na zboczach góry zamkowej w Golubiu Anna Wazówna założyła wielki i starannie utrzymany ogród botaniczny, w którym uprawiała rzadko spotykane rośliny, zioła lecznicze, m.in. nieznany wcześniej tytoń. Ogród w Brodnicy, rozległe łąki nad Drwęcą, obszerne lasy przylegające do Brodnicy dostarczały Annie mnóstwa okazów do układanego przez nią zielnika. Pasjonowały ją badania w dziedzinie ziołolecznictwa – segregowała rośliny, sprawdzała możliwości ich zastosowania jako leków w różnych schorzeniach i dolegliwościach. Zielnik Anny do XVIII wieku był przechowywany w bibliotece Radziwiłłów w Nieświeżu, później niestety zaginął. W Golubiu, w jednej z komnat wieży zamkowej urządziła laboratorium, w którym z „soków i treści ziół" wytwarzała jakieś *panaceum vitae*. Sporządzała też skuteczne lekarstwa dla króla.

Zainteresowania medyczne Anny były związane także z jej własnymi dolegliwościami, bo chorowała właściwie przez całe życie. Badania jej szkieletu, przeprowadzone w 1994 roku, wykazały zniekształcenia kręgosłupa i narośl na czaszce. Chorowała na *impressio basilaris* – wgniecenie podstawy czaszki, skutkujące asymetrią twarzy i wadą postawy, miała skoliozę idiopatyczną i niewątpliwie musiała z powodu swych schorzeń mocno cierpieć. Może dlatego nigdy nie wyszła za mąż, choć kandydatów do ręki królewny nie brakowało.

Anna Wazówna mocno wspierała słynnych botaników, badaczy leczniczych właściwości roślin, m.in. Szymona Syreńskiego, profesora Akademii Krakowskiej, autora pierwszego polskiego *Zielnika*, a także Gabriela Joannicy, jej i Zygmunta III Wazy lekarza nadwornego, autora *Katalogu roślin*. Sama z ogromnym zacięciem wytwarzała leki niosące pomoc chorym nie tylko z jej bliskiego otoczenia, ale i z całej okolicy – usiłowała walczyć z zarazami i pomorami. Ta działalność została zapisana na sarkofagu Anny Wazówny w Brodnicy jako „Apteka dla chorych". Jeden z profesorów słynnego Gimnazjum Toruńskiego napisał: „Tu zioła lecznicze stały otworem dla chorego, żywność dla głodnego… Mała izba, składnica środków leczniczych, każdy zapas żywności – były u Anny Wazównej publiczne". W tej pracowni udzielała porad bezpośrednio lub wysyłała recepty listownie. Pomagali jej także zatrudnieni przez nią lekarze, np. nadworny lekarz Joachim Posselius. Na badania naukowe czy wydawanie dzieł wybitnych ówczesnych przyrodników królewna przeznaczała własne dochody. Była nawet gotowa sprzedać na cele naukowe swoją niezwykle bogatą kolekcję klejnotów carowi Dymitrowi I Samozwańcowi, a potem Wasylowi Szujskiemu.

Jednak ważne dla niej były nie tylko poważne badania naukowe, ale i kształcenie swoich dwórek i dziewcząt z ludu oraz mieszczan brodnickich, co było w owych czasach ewenementem. Nie dziwi więc, że żeńskie szkoły protestanckie w Warszawie nosiły imię Anny Wazówny, a ich uczennice nazywano wazowiankami. Do dzisiaj obok kościoła św. Trójcy w Warszawie zachował się kamień te szkoły upamiętniający.

Anna Wazówna zmarła w Brodnicy w 1625 roku. Niestety, jako „innowierczyni" nie mogła zostać pochowana na Wawelu. Podobno przed śmiercią namawiano ją do powrotu

J. Sawicz

Zielnik Szymona Syreńskiego z XVI w., ze zbiorów Muzeum Wydziału Lekarskiego CM UJ.

na łono Kościoła katolickiego, choćby po to, by spocząć wśród polskich krewnych, ale była nieugięta. Nie było uroczystości pogrzebowych. Dopiero 11 lat później jej bratanek Władysław IV Waza rozkazał przenieść szczątki królewny do protestanckiego wówczas kościoła Mariackiego w Toruniu i stosownie ją upamiętnić. Ale ta wyjątkowa królewna miała jeszcze jeden pogrzeb – w 1995 roku, po przebadaniu jej szczątków i zakończeniu prac konserwatorskich w toruńskim kościele. Odbył się z należną czcią i przy udziale wielu osobistości.

Barbara Kaczkowska

Powyższy tekst drukujemy po śmierci Autorki. Spisaliśmy go z notatek Pani Barbary Kaczkowskiej, przekazanych nam przez Jej rodzinę. Mamy nadzieję, że Pani Basia zaakceptowałaby ostateczną wersję artykułu. Ostatniego Jej artykułu…

Redakcja

Śladem naszych publikacji…

W nawiązaniu do wywiadu z prezesem Agencji Rozwoju Miasta Krakowa Janem Pamułą (zamieszczonego w „GGL" nr 4/182) na temat przyszłości terenów „Między Kopernika a Grzegórzecką", odkupionych przez Urząd Miasta, otrzymaliśmy list od naszego Czytelnika z pytaniem o los budynku przy ul. Kopernika 21a, użytkowanego przez Klinikę Psychiatrii. Poniżej fragmenty listu wraz z odpowiedzią.

Jako stały czytelnik „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" chciałbym wyrazić zdziwienie i rozczarowanie, że w ważnym dla środowiska wywiadzie z prezesem Agencji zarządzającej przejętym przez miasto mieniem Szpitala Uniwersyteckiego (nr 4/182/2021) nie ma ani jednego słowa o Klinice Psychiatrii (budynek przy Kopernika 21a)(…).

Przy Kopernika 21a (pracuję tam) znajduje się wiele psychiatrycznych struktur poradnianych i dziennych, które są wg mnie bardzo w mieście potrzebne, a nie wiadomo, gdzie się znajdą. Może tam zostaną? Krąży jedynie pogłoska, że oddziały stacjonarne (to tylko część budynku) wylądują w dodatkowo budowanym pawilonie na Jakubowskiego. Osobiście nie wyobrażam sobie przenoszenia zorientowanej psychoterapeutycznie sieci struktur dzienno-ambulatoryjnych historycznie mocno związanej z Wesołą na peryferie miasta i czynienia z niej części olbrzymiego i typowo somatycznie zorientowanego ośrodka. Myślałem, że kiedy jak kiedy i gdzie jak gdzie, ale przy okazji takiego wywiadu i w takiej gazecie czegoś się w końcu dowiem. Proszę redakcję o odniesienie się do tej sytuacji.

Z wyrazami szacunku,
Mariusz Ślosarczyk, Klinika Psychiatrii

Dziękując za list, pragniemy Pana poinformować – o czym Pan wie jako pracownik Kliniki – że siedziba struktur psychiatrii pozostaje obecnie na starym miejscu, przy ul. Kopernika 21a oraz na przejętym I piętrze przy ul. Kopernika 10.

Formalnie obiekt przy Kopernika 21a usytuowany jest na terenie zakupionym przez Miasto. Nie został jednak dotychczas przekazany Agencji Rozwoju Miasta Krakowa, jest nadal użytkowany przez SU do czasu, gdy planowana dla psychiatrii nowa siedziba przy ul. Jakubowskiego zostanie ukończona. Stąd pominięcie go w wywiadzie z prezesem Pamułą.

Trudno przesądzić o terminie zmiany siedziby, może to potrwać kilka lat. Aktualna sytuacja w ochronie zdrowia nakazuje powściągliwość w planowaniu przyszłościowych rozwiązań i nikt nie złoży dzisiaj wiążących deklaracji.

W uzgodnieniu z Rzecznikiem Prasowym
Szpitala Uniwersyteckiego:
Stefan Ciepły

Centrum Medyczne

oferuje nowoczesne, ładnie urządzone i w pełni wyposażone gabinety. Istnieje możliwość korzystania z nowego (2020 r.) aparatu USG.
Różne możliwości najmu.
Pierwsze 3 miesiące okres zredukowanej opłaty.
Kraków, os. Na Lotnisku 1, tel. 696 908 928

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie

zatrudni Lekarzy
(Kraków, Nowy Sącz, Oświęcim)
CV proszę kierować na adres email:
a.kulka@rckik.krakow.pl w tytule wpisując
„Oferta pracy dla lekarzy", wraz klauzulą:
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym CV na potrzeby rekrutacji prowadzonej przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie. zgodnie z przepisami prawa z zakresu ochrony danych osobowych".

Stomatologia Complex-dent

w Miechowie
zaprasza do współpracy lekarzy stomatologów w zakresie stom. zachowawczej, endodoncji, protetyki, ortodoncji, chirurgii.
Możliwość rozpoczęcia pracy po ukończeniu stażu.
Gabinety wyposażone w nowoczesny sprzęt (RTG pkt, pantomograf, mikro-CT, cefalometria, endomotory X-smart,system Beefill, itd..), praca z doświadczoną asystą.
Kontakt: tel. 504 180 541

Klinika Perła w Tomaszowicach

zatrudni ortodontę lub lekarza dentystę zajmującego się ortodoncją. Bardzo dobrze wyposażony gabinet – m.in. pantomograf, tomograf 3D i cefalometria. Praca z asystą na 4 ręce; własny parking; tylko prywatni pacjenci.
Częstotliwość zmian do uzgodnienia.
Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie CV na adres mailowy: kontakt@klinikaperla.pl
lub kontakt tel. 792 028 078
Klinika Perła, ul. Brzozowa 1, 32-085 Tomaszowice
www.klinikaperla.pl

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

poszukuje do pracy w zespole transportu sanitarnego typu „N":
- lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii albo neonatologii
- lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii albo neonatologii mającego przynajmniej dwuletni staż pracy w oddziale intensywnej terapii albo neonatologii
- lub specjalistę pediatrę mającego przynajmniej roczny staż pracy w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodków (OITN).

Oferty prosimy przesyłać na adres: kadry@kpr.med.pl.

Podejmę współpracę z psychiatrą

(specjalistą lub rezydentem pod koniec specjalizacji).
Oferuję pracę w gabinecie przygotowanym pod wizyty psychiatryczne i psychoterapie, pacjenci wyłącznie prywatni, elastyczna współpraca (kontrakt/zlecenie, większość z wizyty dla lekarza), indywidualna wycena usług oraz czas trwania wizyt.
Kontakt: tel. 507 026 533, biuro@aprioricentrum.pl, Maksymilian.

Szpital Powiatowy w Limanowej

Imienia Miłosierdzia Bożego
zatrudni lekarzy anestezjologów do pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia.
Szczegółowych informacji udziela Dyrekcja Szpitala pod nr tel. 18 330 17 80.

Zakład Opieki Zdrowotnej „Medycyna Pracy"

Sp. z o.o., Kraków ul. Centralna 51,
zatrudni lekarza laryngologa oraz lekarza medycyny pracy na dogodnych warunkach finansowych.
Kontakt: tel. 518 825 517 lub 508 790 132

Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie zatrudni

- lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej.

Forma zatrudnienia: umowa o pracę lub kontrakt.
Kontakt: kadry@dietl.krakow.pl
lub tel.: 12 687 63 35, 12 687 63 36

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności

Wynajmę lokal użytkowy

parter, powierzchnia 65 m^2
lokal po remoncie ścian i podłogi
witryna, dwa wejścia, węzeł sanitarny
okolice Starego Kleparza
blisko parking 24h
atrakcyjny czynsz

tel.: 506 022 002
email: lokal.krakow.65@gmail.com

Centrum Medyczne UNIMED

ul. Młodej Polski 7 w Krakowie

zaprasza do współpracy lekarza medycyny rodzinnej w ramach poradni POZ.
Poszukujemy lekarza, na którego będziemy mogli zbierać deklaracje, praca 5-6 godzin dziennie, od poniedziałku do piątku. Stawka od 120 zł - 150 zł/godzina.
Kontakt: agatajunger@unimed-nzoz.pl
lub tel. 793 003 743

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Skale

- zatrudni lekarza – specjalistę neurologa – w ramach kontraktu z NFZ.

Warunki oraz godziny pracy do uzgodnienia.
Zaintersowanych prosimy o kontakt: tel. 660 724 045 lub e-mail: biuro@przychodnia-skala.pl

Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni

oferuje pracę na stanowisku lekarz ginekolog. Forma zatrudnienia dowolna. Wymagane prawo wykonywania zawodu oraz specjalizacja z zakresu ginekologii. Oferujemy atrakcyjne warunki pracy.
Przesyłane CV muszą zawierać zgodę na przetwarzanie danych osobowych.
Kontakt: Barbara Gajli, e-mail: b.gajli@spgzozbochnia.pl, tel. 14 611 56 30 lub 698 541 065

SP ZOZ w Brzesku

pilnie zatrudni lekarzy do pracy w Oddziale COVID
Kontakt: tel. 14 66 21 425 – sekretariat Dyrekcji

Uzdrowisko Rabka S. A. poszukuje lekarzy:

- specjalistów chorób wewnętrznych,
- specjalistów w dziedzinie kardiologii.

Oferowane: bardzo dobre warunki płacowe, zatrudnienie w oparciu o umowę kontraktową, dodatkowe wynagrodzenie za dyżury oraz prowizje za komercyjne usługi medyczne. Istnieje możliwość zakwaterowania.
Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod nr. tel.: 18 267 78 86; 18 269 26 00; 604 447 319 lub e-mailowy: kjurczak@uzdrowisko-rabka.pl, mchlebek@uzdrowisko-rabka.pl

Ambulatorium Acernis,

Kraków, al. Pokoju 4,
zaprasza do współpracy lekarzy na 4-godzinne dyżury.
Nasz personel to w 99% lekarze w trakcie specjalizacji.
Tworzymy bardzo zgrany zespół lekarsko-pielęgniarski.
Zapraszam również lekarzy rezydentów, można u nas nabrać doświadczenia w samodzielnej pracy, podejmowaniu decyzji.
Kontakt: Beata Zielińska, kierownik, tel. 537 621 598, e-mail: beatazielinska63@interia.pl

Dr n. med. lek. dent.

Kazimiera Jakób-Doleżal

ur. 6 lipca 1930 r. we Lwowie
zm. 3 listopada 2021 r. w Krakowie

Zaczynając moją przygodę ze stomatologią, jeszcze przed studiami, podjąłem pracę salowego w Instytucie Pediatrii w Krakowie. Tam skierowano mnie do gabinetu stomatologicznego, który prężnie prowadziła Pani Doktor Kazimiera Jakób-Doleżal. I właśnie pracując z Nią w tym gabinecie, poznałem Jej losy.

Urodzona we Lwowie, razem z rodzicami podzieliła losy wielu Polaków, którzy pozostawili wszystko na Wschodzie. Po przesiedleniu swoje życie związała z Krakowem, gdzie w 1948 roku, po maturze, rozpoczęła studia stomatologiczne na Uniwersytecie Jagiellońskim. Ukończyła je w 1953 roku – wówczas już jako absolwentka Akademii Medycznej (Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Wydział Farmacji zostały odłączone od Uniwersytetu Jagiellońskiego w 1950 roku).

Już na trzecim roku studiów, będąc bardzo dobrą studentką i starościną roku, została asystentką w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej AM w Krakowie, gdzie pracowała do 1964 roku. W tym też roku obroniła pracę doktorską pod tytułem „Leczenie zgorzeli miazgi powikłanej zmianami okołowierzchołkowymi mieszanką poliantybiotyczną i hydrokortyzonem". Następnie została zatrudniona w nowo budowanym Instytucie Pediatrii w Krakowie, gdzie jako stomatolog pracowała 35 lat. W tym czasie uzyskała II stopień specjalizacji z zakresu stomatologii dziecięcej, odbyła liczne staże w Polsce i zagranicą – była na stypendium naukowym w Nowym Jorku, Pittsburghu i Buffalo. Przez wiele lat prowadziła ćwiczenia ze studentami Akademii Medycznej z zakresu stomatologii dziecięcej, uczyła również lekarzy stomatologów w trakcie specjalizacji. Miała wiele zainteresowań naukowych, była autorką i współautorką licznych prac naukowych. Jako pierwsza zwracała uwagę na związek między stanem uzębienia a nasileniem objawów chorób ogólnych u dzieci hospitalizowanych w Instytucie Pediatrii i stale rozwijała współpracę pomiędzy oddziałami szpitala i gabinetem stomatologicznym. Była też Członkiem-Założycielem Fundacji Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie „O Zdrowie Dziecka".

Po transformacji w roku 1991 uczestniczyła w tworzeniu prywatnej placówki stomatologicznej EuroDent, gdzie pracowała przez kolejnych 20 lat.

Była lekarzem oddanym pacjentom, osobą pełną empatii, ale też wymagającą od siebie i innych. Cechowała ją radość życia i energia. Jako dawna starościna organizowała spotkania koleżanek i kolegów ze swojego rocznika absolwentów AM. Działała przez wiele lat także w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie, była członkiem stomatologicznych towarzystw naukowych, a także Krakowskiego Stowarzyszenia Miłośników Opery ARIA.

Jak podkreślają bliscy Pani Doktor Doleżal, miała Ona zawsze otwarte serce, sympatię i ogromny szacunek dla ludzi, była zarazem mocna i wrażliwa, wymagająca i ciepła.

Będzie nam Jej brakowało.

Dariusz Kościelniak

Lek. dent.

Jan Rosiewicz

ur. 23 sierpnia 1925 r. w Pleszowie koło Krakowa
zm. 31 października 2021 r. w Krakowie

Jan Rosiewicz studiował w latach 1948-1952 na Oddziale Stomatologicznym Akademii Medycznej w Krakowie. W 1974 roku uzyskał specjalizację II stopnia w zakresie ortodoncji. Pracował w służbie zdrowia w Nowej Hucie – przez wiele lat pełniąc kierowniczą funkcję w przychodni lekarskiej na osiedlu Na Skarpie.

Praca zawodowa była bardzo istotną częścią jego życia – dał się poznać jako wspaniały lekarz, oddany całym sercem swoim pacjentom. Był ceniony za swoją empatię i fachowość również przez współpracowników.

Był członkiem Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Za swoją pracę został wielokrotnie odznaczony, m.in. Odznaką „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia" (1964), Złotą Odznaką Związkową (1976), Złotą Odznaką „Za pracę społeczną dla Miasta Krakowa"(1977) i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1979).

Zmarł 31 października, został pochowany na cmentarzu Rakowickim w Krakowie.

Wraz ze śmiercią mojego Taty straciliśmy kogoś wyjątkowego. Jego brak odczuwamy każdego dnia. Odszedł wspaniały człowiek, kochający rodzinę, zawsze uczynny, pogodny, gotowy służyć innym. Pozostanie na zawsze w naszych myślach i sercach.

Pogrążona w smutku córka
Ewa Rosiewicz-Pioterek

Dr .... dnia .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska
w Krakowie

Stosownie do Regulaminu wypłacania zapomóg losowych z tytułu
śmierci lekarza – członka OIL w Krakowie
(Załącznik do Uchwały ORL 100/VI/ORL/2012 z dnia 9.05.2012 r.)
do odbioru wskazuję

.....

.....
imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby wskazanej

.....
podpis i pieczątka

Składki członkowskie

Uchwała nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) uchwala się, co następuje:

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem", w wysokości 60 zł miesięcznie.

2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą", opłaca składkę w wysokości 10 zł miesięcznie.

§2

1. Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz stażysta:

1) został wpisany do rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem, osobiście lub za pośrednictwem pracodawcy:

1) na konto bankowe okręgowej izby lekarskiej lub wojskowej izby lekarskiej lub

2) na indywidualny numer subkonta bankowego nadany i przekazany przez okręgową lub wojskową izbę lekarską lub

3) w kasie okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej.

3. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności.

§3

1. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje na podstawie niniejszej uchwały w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:

1) ukończył 75 lat;

2) został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.

(...)

5. Lekarz korzystający ze zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową lub wojskową radę lekarską o osiągnięciu przychodów, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

6. Lekarz traci prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3.

7. Wzór oświadczenia o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

8. Wzór oświadczenia o osiągnięciu przychodów, o którym mowa w ust. 5, stanowi załącznik nr 2 do uchwały

§ 4

1. **Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 złotych, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie § 3 uchwały.**

2. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki zgodnie z § 3 ust. 6.

§ 5

Traci moc uchwała Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2004 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona uchwałą Nr 9/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2012 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§ 6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Prezes Maciej Hamankiewicz
Sekretarz Konstanty Radziwiłł

Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie:

www.nil.org.pl

Przypominamy

Przypominamy, że składka za dany miesiąc powinna wpłynąć na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie do końca miesiąca, za który powstało zobowiązanie. W przypadku nieuregulowania składki w terminie, automatycznie naliczane będą odsetki ustawowe.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie przypomina też o konieczności niezwłocznego zgłaszania do Działu Rejestru wszelkich zmian, dotyczących adresu zamieszkania i adresu do korespondencji (będziemy wdzięczni za dołączenie adresu e-mail), miejsca pracy, stanu cywilnego, uzyskania tytułu naukowego lub specjalizacyjnego oraz informacji dotyczących przejścia na rentę lub emeryturę.

Numer indywidualnego konta – na które proszę przekazywać comiesięczne składki – pozostaje bez zmian.

W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie

tel: 12 619 17 32

e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl

Opłaty z tytułu rejestracji gabinetów prywatnych należy wpłacać na konto OIL: Bank PEKAO SA 25 1240 4650 1111 0000 5149 2553

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
ul. Krupnicza 11 A, 31-123 Kraków
www.izbalekarska.pl
Sekretariat:
tel. 12 619 17 20, fax 12 619 17 30
e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Numery wewnętrzne:

- Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń) 619 17 05
- Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń) 619 17 25
  e-mail: s.smolen@hipokrates.org
- Kancelaria OROZ ..... 619 17 17; fax 619 17 29
  e-mail: kancelariaoroz@gmail.com
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) 619 17 08
  e-mail: emilia@oilkrakow.org.pl
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 619 17 26
  e-mail: d.dziubina@hipokrates.org
- Rejestr Lekarzy 619 17 16
  e-mail: rejestr57@hipokrates.org
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe 619 17 13
- Księgowość (mgr M. Chodór) 619 17 15
  e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org
- Kasa 619 17 14
- Składki 619 17 32
  e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl
- Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”..... 619 17 27
  e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
- Informatycy; str. internetowe 619 17 01

Komisje:

- Bioetyczna (A. Krawczyk) 619 17 12
  e-mail: a.krawczyk@hipokrates.org
- Etyki 619 17 13
- Kształcenia (mgr P. Pachel) 619 17 22
  e-mail: ksztalcenie57@hipokrates.org
- Sportu, Turystyki i Rekreacji 619 17 01
- Socjalno-Bytowa 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) 619 17 18
  e-mail: k.trela@hipokrates.org
- Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców..... 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy; ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)... 619 17 13
  e-mail: a.chuchmacz@hipokrates.org
- Zespół ds. POZ 619 17 12
- Zespół ds. AOS 619 17 12
- Zespół ds. Szpitalnictwa 619 17 12
- Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej ... 619 17 16
- Zespół ds. Kultury 619 17 16
- Rzecznik Praw Lekarza 619 17 13

Biuro OIL w Krakowie – przyjmowanie stron: oraz Delegatury

w Krośnie:
ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
tel. 13 432 18 59; e-mail: krosno@hipokrates.org

w Nowym Sączu:
ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz
tel. 18 442 16 47; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

w Przemyślu:
Rynek 5, 37-700 Przemyśl
tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24 e-mail: przemysl@hipokrates.org

poniedziałek, środa	godz. 9.00 do 16.00
wtorek, czwartek	godz. 9.00 do 15.00
piątek	godz. 9.00 do 13.00

Dyżury Radców Prawnych:

mec. Anna Gut	tel. 12 619 17 24
koordynator radców prawnych	
wtorek	godz. 12.00 do 14.00
środa	godz. 14.00 do 16.00
mec. Tomasz Pęcherz	tel. 12 619 17 31
wtorek	godz. 12.00 do 15.00
czwartek	godz. 12.00 do 15.00
mec. Tomasz Huber	tel. 12 619 17 19
poniedziałek, środa	godz. 13.00 do 16.00
piątek	godz. 11.00 do 13.00

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

od poniedziałku do czwartku	godz. 9.00 do 16.00
Sekretariat / Dziennik podawczy	godz. 9.00 do 13.00

Ubezpieczenia

- Ubezpieczenia OC (Inter) Ubezpieczenia życiowe 619 17 15
- Ubezpieczenia OC (Inter, PZU, Uniqa) 619 17 16
- Ubezpieczenia OC – PZU 619 17 18

Galicyjska Gazeta Lekarska
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 630 egz.
ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; fax: 12 422 57 55; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
Redaguje kolegium w składzie: Redaktor Naczelny – Janusz Legutko; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor
Członkowie: Stefan Ciepły, Jerzy Friediger, Artur Hartwich, Mariusz Janikowski, Bożena Kozanecka, Małgorzata Popławska, Jacek Tętnowski, Katarzyna Turek-Fornelska, Andrzej Urbanik, Krzysztof Zgłobicki (grafika), Katarzyna Domin (korekta). Skład i przygotowanie do druku: Adam Dąbrowski
Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji i zmian tytułów w nadsyłanych tekstach i korespondencji. Anonimów nie drukujemy. Za treść ogłoszeń nie ponosimy odpowiedzialności.

WESOŁYCH ŚWIĄT ORAZ SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU

LEXUS

KRAKÓW

Aleja Pokoju 63A
Tel: 12 416 76 66
recepcja@lexus-krakow.com.pl

LEXUS

KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

ul. Zakopiańska 68
Tel: 12 390 76 45
zakopianska@lexus-krakow.com.pl